

Percepció i actituds dels estudiants d'infermeria davant la mort

TREBALL FINAL DE MÀSTER

Autora: Júlia Figueras Cufí

Tutora: Dra. Concepció Fuentes

*Dedicat a vosaltres, per ser encara presents, ara
que ja no hi sou.*

*“Así como una jornada bien empleada produce un
dulce sueño, así una vida bien usada causa una
dulce muerte”.*

Leonardo da Vinci (1452-1519)

AGRAÏMENTS

Aquest treball no hauria estat possible sense la col·laboració i participació directa o indirecta de varies persones, és per això, que vull començar aquest document agraint amb unes poques línies tot el seu suport incondicional.

En primer lloc a la Dra. Concepció Fuentes, tutora d'aquest Treball de Fi de Màster. Per la seva dedicació i exigència, per creure des del primer moment amb el meu projecte i per guiar-me i animar-me durant tot aquest temps. Així com al Deganat i Equip de Coordinació de la Universitat de Girona, per donar-me suport al llarg de tots aquests mesos.

A tots aquells estudiants que de manera voluntària han volgut fer possible aquest projecte, per la seva sinceritat i per la seva efusiva resposta alhora de participar.

Als meus companys de classe, per compartir tants i tants cafès acompanyats de reflexions, estrès però també bones idees.

A tu, amic i company de viatge, per ser-hi sempre, fins i tot quan jo no t'ho demanava.

Al mateix temps, també vull expressar el meu més sincer agraïment a totes aquelles persones i familiars que m'han inspirat alhora de decidir emprendre aquest projecte.

A elles, per fer-me viure l'acompanyament a la mort en primera persona i per demostrar-me que aquest tema s'ha de poder parlar-ne obertament amb els que t'estimes i t'estimen.

Per últim, però no menys important, no puc deixar de mostrar el meu infinit agraïment als meus pares, per tot el suport i ànims que m'han transmès sempre, i per acompanyar-me i compartir amb mi un bon procés de dol.

A tots ells, moltes gràcies!

Júlia Figueras

APREVIATURES

EAPC: *European Association for Palliative Care*

LOPD: Llei Orgànica Protecció de Dades de Caràcter Personal

OMS: Organització Mundial de la Salut

UdG: Universitat de Girona

ÍNDEX FIGURES

Figura 1: Mostra d'estudiants distribuïda per curs acadèmic	25
Figura 2: Distribució de l'edat dels estudiants en funció del sexe	26
Figura 3: Distribució del parentiu de l'alumne amb la pèrdua personal	27
Figura 4: Relació lineal entre Escala Bugen i Escala Robbins.....	40
Figura 5: Relació lineal entre Escala Bugen i Escala de Collet-Lester.....	40
Figura 6: Relació lineal entre Escala Robbins i Escala de Collet-Lester.....	40

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1: Distribució població segons edat i sexe	25
Taula 2: Distribució població segons curs	26
Taula 3: Distribució pèrdua personal i professional	28
Taula 4: Distribució segons sexe i canvi de percepció.....	28
Taula 5: Relació grup d'edats amb el canvi de percepció personal.....	29
Taula 6: Relació curs acadèmic amb el canvi de percepció personal sobre el procés de morir.....	30
Taula 7: Relació entre pèrdua d'una persona estimada i percepció sobre el procés de morir.....	30
Taula 8: Relació entre mort d'un pacient i percepció sobre el procés de morir.....	31
Taula 9: Relació entre mort familiar amb realització de bon acompanyament.....	31
Taula 10: Relació curs amb la puntuació mitjana de l'escala de Bugen.....	32
Taula 11: Relació sexe amb la puntuació mitjana de l'escala de Bugen.....	33
Taula 12: Relació curs amb la puntuació mitjana de l'escala de Robbins.....	34
Taula 13: Relació sexe amb la puntuació mitjana de l'escala de Robbins.....	35
Taula 14: Relació curs amb la puntuació mitjana de l'escala de Collet-Lester.....	36
Taula 15: Relació sexe amb la puntuació mitjana de l'escala de Collet-Lester.....	37
Taula 16: Relació puntuacions subescala amb la població estudiada i per sexe.....	37
Taula 17: Relació entre escales utilitzades.....	39

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ	1
1.1 La mort.....	2
1.2 Actituds davant la mort.....	3
1.3 El dol	4
1.4. Història i evolució del procés de morir	6
1.5 Els professionals de la salut en relació a la mort.....	6
1.5.1 El rol infermer davant la mort.....	6
1.5.2 El rol de l'estudiant d'infermeria davant la mort.....	8
1.6. Formació impartida a les universitats en relació a la mort.....	10
1.6.1 Formació impartida sobre la mort al Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona.....	12
2. JUSTIFICACIÓ I RELACIÓ AMB LA PROMOCIÓ DE LA SALUT	14
3. HIPÒTESIS I OBJECTIUS	16
3.1 Hipòtesi:.....	16
3.2 Objectiu general:	16
3.3 Objectius específics:	16
4. METODOLOGIA.....	18
4.1 Tipus de disseny	18
4.2 Àmbit d'estudi	18
4.3 Població.....	18
4.4 Criteris inclusió i exclusió.....	18
4.5 Mostra	19
4.6 Variables	19
4.7 Instrument	21
4.8 Procediment.....	23
4.9 Aspectes ètics	23
4.10 Anàlisi de les dades	24
5. RESULTATS.....	25
5.1 Característiques de la mostra.....	25
5.2 Percepció i coneixements que tenen els estudiants d'infermeria en funció de les variables sociodemogràfiques i acadèmiques	28

5.3 Relació de la vivència de la mort a nivell personal amb l'experiència personal ..	30
5.4 Nivell de competència percebuda davant la mort dels estudiants del Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona en funció de les variables sociodemogràfiques, acadèmiques i l'experiència tant personal com professional (Escala Bugen d'Afrontament de la mort).....	32
5.5 Grau d'autoeficàcia davant la mort que tenen els estudiants d'Infermeria de la Universitat de Girona en funció de les variables sociodemogràfiques, acadèmiques i l'experiència tant personal com professional (Escala de autoeficàcia davant la mort relacionada amb els hospices de Robbins).....	34
5.6 Preocupació sobre aspectes relacionats amb la mort i el procés de morir que tenen els estudiants d'infermeria en funció de les variables sociodemogràfiques, acadèmiques i l'experiència tant personal com professional (Escala por a la mort de Collet-Lester)	36
5.7 Anàlisi de les correlacions entre les puntuacions obtingudes de les diferents escales	39
5.8 Opinió dels estudiants d'infermeria en relació a la seva formació sobre el tema de la mort i recollida de possibles millores del pla d'estudis actual.....	41
6. DISCUSSIÓ	43
6.1 Limitacions	52
6.2 Aplicabilitat dels resultats/Propostes de recerca	53
7. CONCLUSIONS	54
8. BIBLIOGRAFIA.....	56
ANNEXOS	62
Annex 1: Qüestionari	62
Annex 2: Autorització de l'estudi	69
Annex 3: Respostes a les preguntes obertes	70

RESUM

Antecedents: Els professionals d'infermeria pel seu apropament continu a la persona malalta i a la seva família, solen enfrontar-se directament amb la mort i l'agonia de les persones que cuiden, fet que pot provocar un ventall molt ampli d'emocions i veure's afectat per més o menys nivell d'ansietat. Els/les estudiants d'infermeria, al mateix temps, poden presentar dificultats per abordar aquest tipus de situacions, ja sigui per manca de formació i/o experiència.

Objectiu: La finalitat principal d'aquesta recerca és conèixer la percepció i actituds que tenen els estudiants d'infermeria sobre l'acompanyament a la mort i el dol.

Metodologia: Es tracta d'un estudi descriptiu i transversal, en el qual participaren 293 alumnes de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona, responnent un qüestionari que englobava variables sociodemogràfiques, acadèmiques, experimentals i 3 escales validades (Escala Bugen d'Afrontament de la Mort, Escala de autoeficàcia davant la mort relacionada amb els *hospices* de Robbins i finalment Escala por a la mort de Collet-Lester) també comptà amb dues preguntes obertes al final del qüestionari. Amb les dades obtingudes es calculà mitjanes, desviacions estàndards i freqüències; les relacions entre variables foren analitzades a través de la prova T d'Student, Khi quadrat, coeficient de correlació de Pearson, ANOVA i U de Mann-Whitney per a les relacions no paramètriques.

Resultats: Dels 293 participants, 85.32% foren dones i 14.68% homes. L'edat mitjana de la mostra fou de 22.30 (DE: 5.45) anys. La puntuació al nivell de competència percebuda dels alumnes fou de 122.11 (DE: 22.56) punts, el grau d'autoeficàcia obtingué una puntuació mitjana de 89.59 punts (DE: 16.04), finalment el nivell de preocupació davant la mort fou de 103.89 punts (DE: 18.62). Quant a diferències significatives, es destacà que les dones tendeixen a puntuar més baix en aquelles escales que avaluen nivell de competència percebuda i autoeficàcia davant la mort, en canvi, puntuen més alt en la que avalua el nivell de preocupació. En general l'alumnat refereix manca de formació en aspectes relacionats en tanatologia i proposa canvis per a properes activitats docents.

Conclusió: Els resultats posen de manifest que l'alumnat de la Universitat de Girona de la Facultat d'Infermeria té un nivell de competència percebuda davant la mort adequat i igualment presenta un bon nivell d'autoeficàcia envers els aspectes relacionats amb aquesta, tot i així, els nivells de preocupació i/o inquietud esdevenen elevats, sent la por a la mort dels altres el que més preocupa a l'alumnat.

Resulta fonamental formar els futurs professionals sanitaris en la gestió de les emocions i en l'adquisició d'habilitats en situacions on la mort és present, atès que un millor afrontament a la mort permet als professionals incrementar la qualitat assistencial a les persones que atenen.

Paraules clau: Mort, estudiants, infermeria, afrontament, actituds, escales

ABSTRACT

Background: By providing continuous care and maintaining a close relationship with sick people and their families, nurses often have to confront stressful situations such as death or patient agony. These situations can cause a wide variety of emotions, including different levels of anxiety, which could lead to poor professional judgment. Particularly, nursing students might present difficulties addressing these situations given their lack of training and experience in the field.

Objective: This research aims to study the attitude and perception of nursing students towards death and its mourning process.

Methodology: A descriptive and cross-sectional study has been carried out based on a survey taken by 293 volunteer students from the Faculty of Nursing of the University of Girona. The questionnaire included sociodemographic, academic, experimental variables and 3 validated scales (Bugen's Coping with Death Scale, Self-efficacy scale related to Robbins hospices, and Collet-Lester fear of death scale). At the end of the survey, participants were asked to answer two open-ended questions. With the data obtained, averages, standard deviations and frequencies were calculated. Relationships among variables were analyzed through Student T test, Chi-Square test, Pearson correlation coefficient, ANOVA and Mann-Whitney U test for non-parametric relationships.

Results: Of 293 participants, 85.32% were women and 14.68% were men. The average age of the sample was 22.30 (DS:5.45) years. The score on the level of perceived competence face death of students was 122.11 (DS:22.56) points, the self-efficacy degree obtained an average score of 89.59 points (DS:16.04), and the level of concern face death was 103.89 points (DS: 18.62). The main significant differences found were that women tend to score lower on those assessing scales level of perceived competence and self-efficacy when facing death although they have higher scores in levels of concern questions. As a general rule, students refer to lack of training in aspects related to tanatology. Nevertheless, they are proposing changes for the upcoming teaching years in the field.

Conclusion: The results show that students of the University of Girona of the Faculty of Nursing have an adequate level of competence perceived to face death. They also present a good level of self-efficacy toward aspects related to subject matter. However, high levels of concern and/or restlessness have been found, and fearing death of the others was the most fear aspect.

Further professional training for managing emotions involved in death is required, as a good coping mechanism to deal with stressful situations could potentially increase the quality of care provided to people.

Keywords: Death, students, nursing, coping, attitudes, scales

1. INTRODUCCIÓ

La convivència professional amb l'experiència de la mort i el seu procés es troba reconeguda com una de les vivències més impactants per a la major part dels professionals sanitaris, sent un dels reptes més grans que han d'afrontar tant les infermeres¹ com els/les estudiants d'infermeria, ja que generalment se'ls educa per considerar molt més els aspectes biològics que els psicològics o espirituals de les persones (1,2).

Tot i que es tracta d'un fenomen natural que s'inclou dins del cicle vital de les persones, la mort encara provoca rebuig, por, ansietat, tristesa i inquietud per a la majoria de les persones (2).

El fet d'acompanyar a les persones en els seus últims dies de vida pot esdevenir un mirall que fa visible la vulnerabilitat de cadascú, juntament amb la manifestació de pors i ansietat (1,3).

Els professionals de la salut que treballen amb persones han de tenir una sèrie d'habilitats i realitzar intervencions que tinguin a veure amb diferents dimensions psicosocials, les quals van més enllà de la cura exclusiva de la part física de l'individu (3,4).

La majoria d'infermeres aconsegueixen gestionar les seves emocions, no obstant això, algunes encara expressen tenir por a "patir massa" i a identificar-se amb el patiment de l'altre, temen al contagi emocional i com a resposta a aquest sentiment adopten conductes distants i fredes (1).

Si els professionals tenen dificultats per abordar aquestes situacions, més difícil resulta per als estudiants que realitzen pràctiques d'infermeria, atès que els estudiants han d'enfrontar-se a aquesta realitat, mantenint un contacte directe amb pacients reals i als seus familiars, sense coneixements ni experiència prèvia per atendre'ls correctament. Per tant, la pràctica clínica representa un factor estressant per l'estudiant d'infermeria, donat que, a més a més, se li afegeix la pressió de l'avaluació i la por a cometre errors (4-6).

Resulta fonamental formar als professionals i futurs sanitaris en la gestió d'aquest tipus de situacions, sabent que la vivència del procés de la mort genera un ampli ventall

¹ L'autora del treball, seguint les recomanacions del Consell General d'Infermeres de Catalunya, utilitzarà la paraula "Infermeres" per dirigir-se a aquest col·lectiu de professionals tant en el gènere femení com masculí.

d'actituds i respostes emocionals. És indispensable ocupar-se d'aquests aspectes que poden amenaçar tant l'estabilitat emocional de les infermeres i dels/les estudiants (5).

Alguns autors (7-9) assenyalen que avui en dia, els professionals de l'àrea de la salut, especialment les infermeres, són les que estan en contacte continu amb la persona i la seva família des del principi fins al final de la vida, atès que la majoria dels naixements i morts es produeixen en els centres hospitalaris. Aquest fet fa que es generin relacions estretes entre el personal sanitari, les persones ateses i les seves famílies, i aquestes últimes, esperen trobar amb l'equip de salut que els atén, el suport i comprensió necessaris per fer front a les seves angoixes i sentiments.

Els professionals de la salut tenen una gran responsabilitat davant les persones i familiars que es troben en procés de dol, però, estan realment preparats per fer front a aquest tipus de situacions? Quan i com se'ls ha de preparar? Aquestes situacions poden afectar als professionals?

Aquestes són algunes de les preguntes que es fan experts en el tema que ens ocupa (7,8), però també són qüestions que es traspassen als professionals d'infermeria, professorat i alumnat.

Així doncs, el present treball vol fer recerca entre els estudiants del Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona i conèixer quina percepció tenen de la mort i l'afrontament del dol. A més a més, aquest estudi també pretén aportar dades empíriques sobre les actituds i coneixements que tenen els esmentats estudiants d'infermeria, a través d'un estudi de disseny descriptiu i transversal.

1.1 La mort

El concepte de la mort és abstracte, complex i té múltiples acceptacions, de manera que el seu abordatge i comprensió depenen, en gran part, d'aspectes com l'edat, la cultura, l'educació, la societat o la religió. A més a més, el concepte de la mort que posseeix l'ésser humà és relatiu i temporal i pot variar en funció del seu desenvolupament personal. Així doncs, la mort té una dimensió social i cultural que pot variar segons el moment històric, les costums, les creences i la societat on es produeix (10,11).

Normalment, parlar de la mort significa parlar de tristesa i de nombroses pèrdues, donat que comporta un abordatge difícil, ja que es veuen implicades un gran nombre d'emocions i sentiments. En certes comunitats esdevé un tema tabú, igual com el

dolor, les malalties, les discapacitats, entre d'altres. És per això, que es tendeix a dissimular-la. La mort genera en la majoria de les persones gran preocupació, por i ansietat. No obstant això, el nivell d'ansietat que s'experimenta davant la mort pot variar molt segons l'individu (11).

Diversos autors (10-13) han investigat en el nostre context quin impacte té la mort, ja sigui en la societat en general o en el col·lectiu de professionals sanitaris. S'ha observat que en aquestes últimes dècades, la societat espanyola ha viscut un abandonament important de les creences i pràctiques religioses, especialment entre el col·lectiu de joves i adolescents. Com a resultat d'això, s'ha avançat cap un nou concepte de valors i actituds davant la mort, arribant a contemplar la mort com un fracàs del sistema sanitari (12, 13).

En l'actualitat i en la nostra societat occidental, la mort es viu com una cosa estranya, imprevista i que en la majoria de les vegades no està present en els nostres pensaments quotidians. Aquesta negació social de la mort porta a amagar-la i medicalitzar-la (13).

L'actitud antiga davant la mort feia que aquesta es visqués d'una forma pròxima i familiar, molt oposada a l'actual que, en general, provoca tanta por, que no es gosa ni pronunciar el seu nom (11). Azulay (14), en el seu article, exposa que la tendència de la societat espanyola actual consisteix en ocultar i medicalitzar la mort, preferint que aqueta sigui ràpida, sobtada, sense dolor o que es produeixi preferiblement mentre es dorm.

No obstant això, Bayés (15), considera que els objectius de la medicina del segle XXI no s'han de limitar en la cura de les malalties o l'evitació d'aquestes, sinó que les principals fites del servei sanitari haurien de ser evitar la mort, a través de tots els mètodes i tecnologies que actualment es disposen, però sense deixar de banda que quan aquesta arriba, s'ha d'aconseguir que les persones morin en pau, sense dur a terme un intens acarnissament terapèutic o deshumanització de les cures.

1.2 Actituds davant la mort

Cada persona experimenta el seu propi procés de morir com a únic i irreversible, per tant, no hi ha una única forma de viure i experimentar la mort. És per això que el primer pas de la majoria de les formacions dels professionals de la salut, i sobretot amb el personal d'infermeria en particular, consisteix en conèixer les pròpies actituds i

emocions davant la pròpia mort i la mort dels altres, aquestes actituds i emocions poden generar impotència, frustració, tristesa, dolor, patiment, angioxa, entre d'altres (16).

Maza et al. (17) posen de manifest el concepte d'aptituds com al motor que organitza, dirigeix i regula les disposicions a l'acció de l'individu. Per tant, conèixer les actituds del professional d'infermeria davant la mort revesteix gran importància per la forma en com aquestes influeixen en la relació interpersonal, de treball en equip i en l'atenció d'infermeria amb la persona atesa i els seus familiars.

Seguint la mateixa filosofia, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) refereix que "l'equip interdisciplinari de salut només podrà enfrontar i acceptar adequadament la mort (els sentiments i l'angoixa que es viuen en relació amb aquesta), si disposa de fonts de suport, si ha pogut superar satisfactòriament els seus propis dols i si posseeix una adequada capacitat per tolerar l'estrès" (18).

És per això que resulta necessari investigar quines actituds són les que cal adoptar per poder oferir la millor qualitat de cures tant a les persones com a les seves familiars en aquesta etapa final de la vida (17).

Aquestes actituds haurien de ser el més positives possibles, per tal d'oferir la millor qualitat de cures. En situacions en les que la persona es troba al final de la vida, les cures infermeres haurien d'enfocar-se en proveir una bona mort, i en aquest sentit és molt important que els professionals d'infermeria hagin elaborat una bona acceptació de la mort com a part final de la vida, per així evitar que puguin intervenir les pròpies pors.

Ara bé, no tots els processos de mort es contempen de la mateixa manera, depenen en gran mesura de l'edat de la persona, la malaltia o la relació amb la família. Hi ha ocasions en les que s'assigna identitat, d'altres en canvi la persona serà tractat com a una patologia (19).

1.3 El dol

El dol és el procés que cada ésser humà experimenta de diferents formes i intensitats i varien segons l'edat, el sexe, el vincle afectiu, la fortalesa emocional i espiritual i fins i tot segons la cultura a la qual pertanyem.

La finalitat del dol és recuperar-se de la manera més saludable en el temps més curt possible i aconseguir no transcórrer d'un dol considerat "normal" a patir un dol patològic, que és quan es viu i es reacciona amb sentiments i emocions desproporcionats.

Les etapes del dol segueixen les fases proposades per Elisabeth Kübler-Ross (20), qui és considerada com la mare de la tanatologia.

Així doncs, es proposa que l'elaboració del dol passa per cinc etapes: negació, ira, negociació, depressió i, finalment, acceptació (20):

1) **Negació:** és un mecanisme primari pel qual la persona no accepta la malaltia, ni el tractament, o la persona en dol no accepta encara la seva pèrdua.

2) **Ira:** en aquesta etapa la ràbia, l'enuig, l'odi i l'enveja, sorgeixen de manera irracional, incontrolable, davant la pèrdua i els canvis que cal fer per adaptar-se a la nova situació. La persona o el familiar, es troben enfadats amb Déu, amb la vida i amb ells mateixos.

3) **Negociació:** és l'etapa en la qual la persona malalta o el familiar estan evasius, incrèduls, ambivalents, perquè encara no acaben d'acceptar la seva situació. Prometen i busquen bones conductes per arribar al seu consol, però en el fons la seva recerca té com a fi alliberar-se de la por.

4) **Depressió:** és una etapa de profunda tristesa; evidentment, la manifestació pròpia del dol. És la fase de major durada, on s'expressa més lliurement el dolor per la pèrdua, real o simbòlica.

5) **Acceptació:** en aquest moment, la persona o la família aconsegueixen acceptar la malaltia o la pèrdua i les cures que ha de tenir, així com les pròpies limitacions, i es reincorporen a la seva vida familiar i laboral.

Atenent a aquestes etapes, es pot considerar que durant el procés de dol, la persona avança, començant des del rebuig de la veritat fins a la seva acceptació. Si el professional d'infermeria entén aquest procés, serà beneficiós per a ell, així com per ajudar a la persona o a la família a redefinir la seva situació després de la pèrdua (20-22).

1.4. Història i evolució del procés de morir

El concepte de mort ha sofert una evolució històrica i ha generat perspectives diferents al llarg dels anys, tanmateix sempre s'ha tractat d'un tema difícil i tabú durant tots els segles (23,24).

Les actituds cap a la mort han anat canviant al llarg del temps, a la Grècia clàssica, l'època romana i/o l'Edat Mitjana, la mort era una cosa lògica, assumible, tolerable i no desesperançadora. El moribund coneixia el procés de la seva mort, així com els seus familiars i fins i tot el poble. Així fins a mitjans segle XX, en què la mort era vista com la part terminal de la vida i no com una cosa amenaçador i estranya. La persona malalta era el primer que coneixia que moriria, podent d'aquesta manera acomiadar-se degudament (24,25). En canvi, avui en dia, la tendència és ocultar la gravetat de la malaltia i no parlar de la mort de cap manera. Entenen per tant, que uns dels principals canvis ha estat precisament la pèrdua de consciència i d'informació sobre la pròpia mort (25).

A partir del 1930 més o menys és quan, gràcies a l'avenç tecnològic, la mort es confina a l'univers hospitalari. S'elimina d'aquesta manera la mort dels domicilis familiars, on els infants la veien com una cosa normal dins el procés vital i es traspassa avui en dia als tanatoris (23,25).

Philippe Aries (26,27) gran estudiador del tema refereix que hi ha dos moments diferenciabls en la vivència de la mort, per una banda trobem la mort no institucionalitzada, en la qual la mort no infereix por ja que és acceptada com una part del procés natural i de l'existència humana, i per altra banda, la mort a l'Hospital, lloc actual reservat per a morir.

1.5 Els professionals de la salut en relació a la mort

1.5.1 El rol infermer davant la mort

Tractades la història i la trajectòria de la mort, cal que ens remuntem també uns anys enrere per parlar de la definició d'infermeria. Concretament quan Virginia Henderson ja contemplava les cures d'infermeria a la persona que està a punt de morir.

Henderson exposava que “la funció pròpia de la infermera consistia en atendre a l'individu malalt o sa, en la realització d'aquelles activitats que contribuïssin en la seva salut o al seu restabliment o **a evitar-li patiment a l'hora de la seva mort...**” (28).

Posteriorment, Peplau (29) veu la cura a la persona com l'establiment i manteniment d'una relació infermera-pacient que afavoreixi al desenvolupament. Manifestant que la pràctica infermera exigeix un desenvolupament de competències en les relacions interpersonals i la resolució de problemes, especialment en el suport i aprenentatge, i el reconeixement del llenguatge verbal i no verbal com a reflex de les creences i coneixements de la persona. D'aquí la importància de tenir presents les referències d'aquestes teòriques i entre altres, per dur a terme el dia a dia assistencial d'infermeria i tenir en ment que aquesta professió disposa de la competència **d'acompanyar** tant a la persona com a la seva família durant el tram final de la vida.

En l'actualitat la preocupació i la confusió per no saber com conduir l'ansietat i els sentiments que genera la mort i la seva resposta emocional porta, si no es comparteixen, a l'aïllament, a la negació i a la distància excessiva entre els professionals, persona atesa i família. El que genera en si mateix una alta situació d'estrès (30).

La mort no només implica l'acte físic del cessament de les constants vitals, sinó que involucra tot un procés de dol de la persona malalta i de les persones del seu voltant, fins i tot des del moment mateix en què es coneix la possibilitat de morir.

Dins de les institucions hospitalàries, el professional d'infermeria, davant la mort d'un individu, és el responsable de brindar les cures post-mortem, enteses aquestes com la sèrie d'atencions que es presten a la persona morta, entre les quals estan (31):

- El registre de l'hora de la defunció.
- Establiment de la identitat de qui ha mort.
- Retirada de tubs, catèters, drenatge, sondes, etc.

D'aquesta manera, si el professional d'infermeria entén el procés de dol que afecta a la persona i la família, pot donar suport a ambdós i a si mateix, pot ajudar a redefinir les situacions que es generen prèviament i posteriorment a la mort. Al mateix temps ha de comptar amb un esperit humanístic, estar sensibilitzat, conscienciat, familiaritzat i sobretot, capacitat per poder atorgar cures especialitzades, la qual cosa afavorirà a complir el compromís ètic amb cadascuna de les persones que atén (8,30). Així com acompanyar-los, brindar-los cures de qualitat i alleujar els símptomes adversos que es presenten durant el trajecte de la seva malaltia. En els moments finals s'ha de respectar l'autonomia de la persona tot el que es pugui i permetre-li que tingui la companyia dels seus ésser estimats, en un ambient agradable i càlid (5,30,31).

Com ja s'ha comentat anteriorment, els professionals d'infermeria, pel seu apropament continu a la persona malalta i a la seva família, han d'afrontar directament amb la mort i l'agonia de les persones que cuiden, fet que pot provocar veure's afectat per l'ansietat en major o menor grau. Sovint, aquesta ansietat i pors es pot traduir en una atenció inadequada al malalt i a la seva família, un clar exemple seria manifestant actituds d'evitació o d'inseguretat davant la situació (31,32).

El mecanisme de defensa més utilitzat és establir distància emocional amb les persones ateses i els familiars. Un altre mecanisme de defensa molt emprat, lligat de l'anterior, és la negació i evasió. S'origina quan el professional d'infermeria tracta d'evitar viure aquestes situacions i de parlar-ne perquè considera molt dolorós veure el sofriment que pateixen les persones i familiars abans de morir i se senten emocionalment malament quan arriba el moment de la mort (7,8,32).

Tanmateix, es considera que els sentiments de tristesa i buit davant la mort estan molt relacionats amb la durada de l'hospitalització de la persona, amb els vincles emocionals establerts amb ell i amb l'edat del pacient, sent major quan les persones malaltes són nens o joves(5,7-9,30).

Tot i així, la infermera també pot trobar sentit a les cures al final de la vida, àmbit en el qual els sentits adquireixen un valor especial i on l'èxit no resideix en la curació, sinó en l'essència de tenir cura de l'altre d'una manera excel·lent, dignificant la seva vida fins al final (9,32).

1.5.2 El rol de l'estudiant d'infermeria davant la mort

Diferents estudis insisteixen en que durant la formació universitària no es compta amb la preparació necessària per al maneig de les emocions i sensacions que la primera experiència amb la mort suscita. L'esdeveniment del primer contacte amb la mort representa un gran impacte emocional que no s'oblida i pot tenir efectes duradors personalment i professionalment (4,6,33,34).

Referent a això, Carvalho et al. (35) assenyalen que és una responsabilitat per a la formació d'infermeria la implicació de la mort amb els/les estudiants, així com avaluar la relació d'aquests amb la negació i l'ocultació dels sentiments davant la mort.

Els resultats obtinguts a través de l'estudi d'Orozco et al. (4) al 2013 denoten que els/les estudiants no se senten capaços de donar suport a la persona i a la seva

família, ja que refereixen un coneixement deficient en tanatologia², tot i que la major part d'ells ja han experimentat la mort d'una persona propera, el que el fa un fenomen conegut, encara que clarament és viscut de manera diferent a l'àmbit hospitalari.

Al mateix temps, Loftus (36) senyala en el seu article que en la majoria de diaris reflexius de pràctiques que realitzen els/les alumnes, el tema més recurrent és el contacte amb la mort, convertint-se en un aspecte que els inquieta i els preocupa.

L'estudi de Colell et al.(37), realitzat en el territori català, analitza les actituds, creences i emocions davant la mort i alhora identifica els principals aspectes que poden facilitar la mort de la persona d'una manera digna i a ser possible morir en pau. L'estudi es realitzà amb 150 estudiants d'infermeria de primer curs de les universitats de Lleida i de Sevilla. Els resultats posaren de manifest que la majoria dels/les estudiants preferirien treballar a urgències, a atenció primària o a pediatria, abans que amb malalts terminals, geriàtrics o en malalts terminals de sida, on la mort és molt present (37).

Morillo et al. (38), en un estudi recent realitzat amb estudiants d'infermeria, posen de manifest la necessitat de treballar les competències relacionades amb l'ansietat davant la mort i la gestió del propi dol davant la mort d'una persona estimada. Al mateix temps exposen que existeix certa diferència en quan al sexe, fent visible que les dones presenten puntuacions significativament superiors en l'escala d'ansietat que els homes, justifiquen aquestes troballes exposant que les dones tendeixen a expressar més obertament la seva ansietat que els homes, argumentació que també utilitzen altres experts (39).

Sovint, la reacció d'alguns estudiants d'infermeria davant la mort és minimitzar el seu contacte amb les persones que moren per tal de protegir-se de l'impacte emocional (39).

Un estudi qualitatiu (40), el qual utilitza la fenomenologia a través de les aportacions d'estudiants d'infermeria, posa de manifest en els seus resultats una escassa preparació, afrontament ineficaç, pors i valors. Al mateix temps reflecteix el predomini de la inquietud relacionada amb l'acarnissament terapèutic i amb l'actitud obstinada de l'equip de salut per salvar el que és insalvable. La majoria dels/les estudiants consideren com a pilar fonamental una preparació específica per a adaptar-se millor a la feina i destaquen l'interès i la preocupació per l'excel·lència en el treball.

² Tanatologia: És la ciència que estudia i reflexiona sobre la mort, les relacions de l'home amb ella i les seves conseqüències.

Com a resposta a aquestes necessitats, diferents estudis (38,41-43) proposen que una estratègia efectiva seria el compartir experiències, sentiments, temors i reaccions viscudes en l'acompanyament terapèutic a la persona i als familiars durant el procés de morir i la mort. D'aquesta manera els/les alumnes es podrien donar suport mútuament en el maneig de les seves pròpies pors i angoixes.

1.6. Formació impartida a les universitats en relació a la mort

És evident que per prestar la millor atenció possible a la persona i a la seva família és necessari una formació específica amb els aspectes vinculats amb la mort, les malalties terminals, el dol i les cures pal·liatives.

En la bibliografia consultada, la majoria dels professionals sanitaris confessen no haver rebut una formació específica sobre aquest fet, fet que pot predisposar una actitud negativa per part del professional davant la mort de la persona atesa (33,37-41).

Per tant, ser capaç de tractar amb el patiment d'una persona moribunda i la seva família és una competència necessària per a totes les infermeres a adquirir, i és un aspecte que ha de ser abordat com a part dels programes d'educació d'infermeria actuals (43).

En el nostre territori queda reflectit a l'ORDRE CIN / 2134/2008, de 3 de juliol, per la qual s'estableixen els requisits per a la verificació dels títols universitaris oficials que habilitin per a l'exercici de la professió d'Infermeria. En la qual una de les competència a adquirir durant el Grau és ni més ni menys que: Educar, facilitar i donar suport a la salut i el benestar dels membres de la comunitat, les vides dels quals estan afectades per problemes de salut, risc, sofriment, malaltia, incapacitat o **mort** (44).

Així doncs, és un objectiu a superar al llarg del Grau en Infermeria, en qualsevol de les universitats del territori espanyol.

En aquest sentit, la formació ha de començar en l'ensenyament bàsic d'infermeria, de manera que el professional aprengui a conèixer les seves pròpies actituds davant la mort sabent que ajudar a les persones i les seves famílies en el procés final de vida és part del treball d'infermeria.

Siedel (45) descriu 4 moments de la professió on la formació en cures pal·liatives ha de considerar-se necessària:

1. Nivell bàsic o, el que és el mateix, formació en pregrau.
2. Infermeres recentment graduades.
3. Aquelles infermeres que treballen en cures pal·liatives.
4. Infermeres docents.

Tanmateix, l'*European Association for Palliative Care* (EAPC) també defineix els nivells de formació en cures pal·liatives (46):

Nivell A. Bàsic, formació durant els estudis universitaris i després en aquells professionals que puguin atendre a persones en situació pal·liativa, de manera ocasional.

Nivell B. Professionals que ho fan habitualment.

Nivell C. Especialista per als professionals que treballen en unitats de cures pal·liatives.

Al 2013 un estudi (47), el qual tenia l'objectiu de conèixer l'estat actual de la formació bàsica de les universitats espanyoles on s'imparteix infermeria va revisar un total de 112 plans d'estudis. Les diverses facultats avaluades tenien competències en cures pal·liatives, però es van detectar diferències importants en la manera d'implementar-les i en el nombre de crèdits representatius. En 71 d'elles (63,39%), estava present l'assignatura de cures pal·liatives, però només en 55 d'elles era obligatòria, en 16 més es tractava d'una assignatura optativa. Aquests resultats posen de manifest que no existeix una unificació dins del nostre país i dins les nostres comunitats pel que fa a la formació dins de les universitats a nivell de crèdits i d'obligatorietat de l'assignatura. És a dir, els estudiants no tenen la mateixa oportunitat de rebre una formació bàsica en cures pal·liatives en una universitat o altra.

L'*European Association for Palliative Care* (46) recomana l'obligatorietat de la formació en cures pal·liatives a les universitats. El desenvolupament de nous plans d'estudis, pot proporcionar una oportunitat ideal per integrar i incorporar el contingut de cures pal·liatives en el Grau d'Infermeria.

Alguns dels elements essencials pels programes eficaços en relació a aquest tema podrien ser els grups de discussió, atès que s'ha demostrat que les discussions de grup contenen factors que contribueixen al canvi d'actituds i afavoreixen la creació d'un clima obert i d'acceptació que ajuda als participants a afrontar els seus sentiments respecte a la mort. Tanmateix es pot proporcionar informació crítica i detallar

arguments específics respecte la mort o la tanatologia, i al mateix temps clarificar situacions ambigües i respondre específicament a les necessitats dels estudiants (48).

Amb aquests recursos es sol crear un ambient social positiu que influeix en el desenvolupament i en el canvi d'actituds. Tomàs i Aradilla (48), al 2001 van posar en marxa un curs d'educació sobre la mort i el morir destinat a estudiants d'infermeria, sota la hipòtesi de l'efectivitat de la metodologia educativa experimental. Després de la realització del mateix, van evidenciar una significativa reducció a l'ansietat i depressió davant la mort en el grup experimental, en comparació amb el grup control.

1.6.1 Formació impartida sobre la mort al Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona

Els coneixements relacionats envers la mort, cures pal·liatives i el procés de dol els podem trobar en diferents assignatures al llarg del Grau en Infermeria de la Universitat de Girona (UdG). Segons el pla d'estudis vigent, les assignatures que formen en coneixements relacionats amb la mort i el dol són les següents (49):

Primer curs

- **Psicologia de la salut i habilitats comunicatives** (6 crèdits)
Encaminada a aprendre a dur a terme una relació empàtica i respectuosa amb la persona i família, d'acord amb la situació de la persona, problema de salut i etapa de desenvolupament.
- **Atenció d'infermeria a la persona sana** (12 crèdits)
En l'apartat de l'ancià es parla de l'atenció general a l'ancià, entenen com a tal l'aportació d'aspectes relacionats amb el final de la vida.

Segon curs

- **Psicologia aplicada a les alteracions de salut** (6 crèdits)
Aporta coneixements sobre les respostes psicosocials de les persones davant de les diferents situacions de salut (en particular, la malaltia i el sofriment) i accions per proporcionar ajut a aquestes. En la relació entre la persona i el professional es parlen temes sobre el dol (aspectes psicosocials) i també sobre els malalts terminals.

- **Ètica i legislació en l'atenció d'infermeria (5 crèdits)**

Assignatura on es parla dels aspectes ètics-legals al final de vida, tenint en compte la limitació d'esforç terapèutic, eutanàsia, rebuig tractament, suïcidi assistit i també aspectes ètics relacionats amb les cures pal·liatives (sedació pal·liativa). A més a més, compta amb un seminari dirigit a parlar sobre la mort digna.

Tercer curs

- **Infermeria clínica de l'adult 2 (9 crèdits)**

Part dels conceptes exposats en aquesta assignatura són conceptes i fonaments generals relacionats amb les cures pal·liatives, control del dolor, atencions d'infermeria al malalt avançat i terminal. També compta amb informació sobre l'organització sanitària en les cures pal·liatives i la relació terapèutica amb la persona, família i/o assistent.

A la Universitat de Girona, els/les estudiants tenen l'oportunitat de realitzar pràctiques assistencials des de primer curs, de tal manera que poden tenir el contacte directe amb la mort i el procés de dol des dels inicis de la formació. Al llarg d'aquestes pràctiques i rotatoris per diferents centres hospitalaris poden aprofundir sobre el tema en qüestió, posar en pràctica els coneixements teòrics emprats, gestionar les seves habilitats i emocions, entre d'altres.

2. JUSTIFICACIÓ I RELACIÓ AMB LA PROMOCIÓ DE LA SALUT

Diversos estudis (1,7,8,21,50) avaluen les vivències i actituds dels professionals d'infermeria de cures pal·liatives o aquells que es troben en serveis d'oncologia o unitats de cures intensives, però en són pocs que decideixin estudiar els propis estudiants d'infermeria, és per aquest motiu que es decideix encarar aquest treball final de màster en aquest col·lectiu concret de persones, ja que fomentar una bona vivència de la mort des dels inicis de la formació pot ser beneficiós pels futurs professionals sanitaris.

La convivència de l'estudiant amb l'experiència de la mort i el procés de morir és l'experiència més estressant a què haurà de fer front al llarg de les seves pràctiques hospitalàries, tenint en compte que no només haurà de fer front a les pors que la persona o la família expressin, sinó també als seus propis temors (33,34,37,50).

Es considera que la salut mental dels professionals d'infermeria ha de ser cuidada des de la seva formació dins les institucions universitàries. D'aquí la importància d'anticipar-se a les situacions altament impactants mitjançant programes educatius i experiències vivencials que puguin disminuir la preocupació per la mort, però sobretot que puguin millorar les competències dels futurs professionals i evitar patiments innecessaris (51).

Els professionals d'infermeria han de fer front a la mort de les persones ateses i al patiment de les seves famílies (32).

Resulta primordial crear apoderament i noves habilitats per gestionar correctament les emocions davant d'aquesta situació, amb el propòsit de millorar l'atenció a la persona durant els moments finals de la seva vida i també permetre realitzar un bon acompanyament a la família. Paral·lelament també cal proporcionar a l'estudiant els coneixements necessaris, que li permetin brindar una cura integral a la persona i li atorguin seguretat en la realització de les tasques encomanades dins de la seva pràctica, i que al mateix temps els permeti desenvolupar recursos personals per afrontar l'estrès i l'ansietat que ocasiona aquest tipus de situacions i que en més d'una vegada resulten difícils d'acceptar (33-36,51). Un bon aprenentatge pot condicionar molt el seu futur professional, millorar la seva capacitat de fer front a altres situacions al voltant de la mort i del procés de morir.

Disposar d'un col·lectiu de futurs professionals d'infermeria format en aquest tema, amb l'apoderament i habilitats necessàries per gestionar de la millor manera les

situacions que impliquen contacte amb la mort, resultarà beneficiós per a tots: per a una societat cada vegada més envellida i amb més malalties cròniques, la qual cosa es tradueix amb més ingressos hospitalaris i amb més morts institucionalitzades; i al mateix temps també serà beneficiós pel propi infermer o infermera, el/la qual realitzarà un bon acompanyament a la mort, sense manifestar sensacions d'inseguretat o angouia.

De manera transversal la Promoció de la Salut és present dins d'aquest apoderament dels professionals de la salut, atès que de manera indirecta es creen uns beneficis positius cap a la resta de comunitat.

L'apoderament per a la salut es considera un procés mitjançant el qual les persones adquireixen un major control sobre les decisions i accions que afecten la seva salut. Pot ser un procés social, cultural, psicològic o polític mitjançant el qual els individus i els grups socials són capaços d'expressar les seves necessitats, plantejar les seves preocupacions, dissenyar estratègies de participació en la presa de decisions i dur a terme accions individuals, socials i culturals per fer front a les seves necessitats (52).

Així doncs, la promoció de la salut no recau únicament en la realització d'hàbits saludables o l'evitació de conductes de risc, sinó que és present en el dia a dia de totes les persones i com a tal, també és present en el dia a dia assistencial de totes les infermeres i estudiants d'infermeria. Per tant, dirigir esforços en la formació i preparació dels futurs professionals d'infermeria, els quals cuidaran, educaran i acompanyaran a la resta de comunitat, resulta un bon repte per l'ampli ventall d'actuacions de la promoció de la salut. És per això necessari conèixer la percepció i actituds que tenen els estudiants d'infermeria sobre l'acompanyament a la mort i el dol.

3. HIPÒTESIS I OBJECTIUS

3.1 Hipòtesi:

La primera hipòtesi que es planteja aquest treball és que els estudiants d'infermeria tenen dèficit de coneixements en tanatologia, poca seguretat en les tasques relacionades amb el procés al final de la vida i manifesten temors en relació al tema de la mort.

La segona hipòtesi que es planteja el treball és que els estudiants que presenten puntuacions més altes a l'Escala de Bugen d'Afrontament de la mort i a l'Escala d'Autoeficàcia davant la mort relacionada amb els *hospices* de Robbins puntuen més baix a l'Escala de por a la mort de Collet-Lester.

En relació a les hipòtesis es formulen els següents objectius:

3.2 Objectiu general:

- Conèixer la percepció i actituds que tenen els estudiants d'infermeria sobre l'acompanyament a la mort i el dol.

3.3 Objectius específics:

- Detectar diferències entre la percepció i coneixements que tenen els estudiants d'infermeria en funció de les variables sociodemogràfiques i acadèmiques.
- Identificar la relació de la vivència de la mort a nivell personal amb l'experiència professional.
- Avaluar el nivell de competència percebuda davant la Mort dels estudiants del Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona en funció de les variables sociodemogràfiques, acadèmiques i l'experiència tant personal com professional.
- Conèixer el grau d'autoeficàcia davant la mort que tenen els estudiants d'infermeria en funció de les variables sociodemogràfiques, acadèmiques i l'experiència tant personal com professional.
- Conèixer el punt de preocupació sobre aspectes relacionats amb la mort i el procés de morir que tenen els estudiants d'infermeria en funció de les variables

sociodemogràfiques, acadèmiques i l'experiència tant personal com professional.

- Identificar possibles correlacions entre les puntuacions obtingudes de les diferents escales.
- Conèixer l'opinió dels estudiants d'infermeria en relació a la seva formació sobre el tema de la mort i recollir possibles millores del pla d'estudis actual.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipus de disseny

L'estudi s'ajusta a un disseny descriptiu transversal dut a terme durant els mesos de març i abril del 2017.

4.2 Àmbit d'estudi

L'estudi es duu a terme a la Universitat de Girona, creada l'any 1992. En el seu 25è aniversari com a institució universitària pública, la UdG compta amb més de 15.600 estudiants, distribuïts entre les 9 facultats que la formen.

El present estudi es realitza concretament a la Facultat d'Infermeria, la qual presenta un llarg recorregut en la formació de futures infermeres, és però a partir del 2009 quan es comencen a impartir els estudis de Grau en Infermeria, en el qual, en cada curs solen graduar-se aproximadament entre 120 i 125 estudiants. La Facultat d'Infermeria té dues línies de matrícula per curs amb 80 estudiants per línia. Actualment també s'hi realitza el Màster en Promoció de la Salut, entre d'altres formacions (49).

4.3 Població

La població d'estudi són els/les estudiants del Grau en Infermeria de la Universitat de Girona matriculats durant el curs 2016-2017. Es tracta doncs, d'una mostra no probabilística de conveniència.

Actualment 510 alumnes són els matriculats a la Facultat d'Infermeria, distribuïts de la següent manera: 125 estudiants a 1r curs, 136 estudiants a 2n curs, 130 estudiants a 3r curs i finalment 119 estudiants a 4rt curs.

4.4 Criteris inclusió i exclusió

➤ **Criteris d'inclusió:**

- Estar matriculat a algun curs del Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona.
- Acceptar participar de manera voluntària i anònima a l'estudi.
- Completar correctament el consentiment informat present al qüestionari.

➤ **Criteris d'exclusió:**

- No ser present en el moment de l'entrega del qüestionari.
- No completar degudament totes les escales del qüestionari entregat.

4.5 Mostra

Per tal que la mostra fos representativa dels estudiants d'infermeria, el càlcul d'aquesta es realitzà tenint en compte la població completa, 510 alumnes matriculats durant aquest curs acadèmic, acceptant un marge d'error del 5% i un nivell de confiança del 95% de la mostra en relació a la població, finalment la mostra calculada va ser de 220 estudiants.

305 estudiants van ser la mostra final del present estudi, dels quals se'n van extreure 12 per no complir algun dels criteris d'inclusió i/o exclusió comentats anteriorment, obtenint com a mostra final: 293 alumnes participants.

4.6 Variables

Les variables sotmeses a estudi són les variables sociodemogràfiques: sexe, edat, curs matriculat; les variables referents a l'experiència tant a nivell professional com personal, i finalment també es contemplen com a variables les referents a les escales utilitzades i l'opinió de l'alumnat. A continuació es descriuen detalladament cada conjunt de variables:

Variables sociodemogràfiques:

- **Sexe:** Sexe dels subjectes a estudi. Aquesta variable és qualitativa dicotòmica i s'expressa en dues categories: homes i dones.
- **Edat:** Anys que tenen els subjectes d'estudi. Aquesta variable és quantitativa continua. A partir d'aquesta dada es pretén constatar la distribució de la població en relació a l'edat dels alumnes.
- **Curs matriculat:** Curs acadèmic en què es troben els subjectes d'estudi. Variable qualitativa ordinal, pretén constatar la distribució en funció dels curs (1r, 2n, 3r o 4rt curs) i observar diferències entre ells.

Variables relacionades amb l'experiència personal i professional

- Experiència personal davant la mort: Aquesta variable és qualitativa dicotòmica, s'expressa en 2 categories: Sí i No.
- Parentiu de la mort propera: La relació amb la persona que ha mort. Aquesta variable és qualitativa nominal, s'expressa en diferents categories: pare, mare, avi, àvia, germà, germana, oncle, tia i opció a altres.
- Experiència de mort presenciada i canvi de percepció: Són dues variables qualitatives dicotòmiques que ambdues s'expressen en 2 categories: Sí i No.
A través d'aquestes dades de caràcter personal es pretén conèixer les diferències existents entre aquells estudiants que han sofert la mort dels progenitors, germans o familiars i els que no han viscut la mort de prop.
- Experiència professional davant la mort, impacte emocional i acompanyament com a estudiant: Aquestes tres variables corresponen a variables qualitatives dicotòmiques que s'expressen en 2 categories: Sí i No.
A partir d'aquestes dades sobre l'experiència professional en les pràctiques es pretén conèixer si existeixen diferències reals en la relació amb la mort i el bon acompanyament al dol, d'aquelles persones que l'han viscut en la pràctica clínica i les que no.

Variables referents a les escales utilitzades:

- El nivell de competència percebuda davant la mort (variable quantitativa discreta), analitzat a través de l'Escala Bugen d'Afrontament de la Mort (53,54).
- El nivell d'autoeficàcia davant la mort (variable quantitativa discreta, analitzat a través de l'Escala de Autoeficàcia davant de la mort relacionada amb els *hospices* de Robbins (55,56)
- El punt de preocupació sobre aspectes relacionats amb la mort i el procés de morir (variable quantitativa discreta), analitzat a través de l'Escala de por a la mort de Collet – Lester (57-59).

Variable opinió:

- L'opinió dels estudiants d'infermeria en relació a la formació rebuda a la Facultat i recull de possibles propostes de millora sobre el tema (variable que es recull de manera quantitativa).

4.7 Instrument

L'instrument utilitzat per avaluar els resultats és un qüestionari (Annex 1), la primera part del qual és un qüestionari Ad hoc amb 10 preguntes per estudiar les variables sociodemogràfiques, ja descrites anteriorment, seguidament està format per 3 escales validades per tal de conèixer les variables que avaluen els qüestionaris, finalment, la última part del document està formada per unes preguntes obertes per tal de conèixer l'opinió dels/les estudiants en relació el tema tractat. La durada aproximada per a la realització del qüestionari complet és de 15 minuts.

Les escales validades (54,56,59) que han format part del qüestionari es descriuen a continuació:

➤ **Escala Bugen d'Afrontament de la Mort (1980-1981) (53,54)**

Aquesta escala serveix per avaluar el nivell de competència percebuda davant de la mort. S'ha utilitzat l'escala original de 30 ítems (53,54).

La puntuació total s'obtindrà sumant les puntuacions de tots els ítems (valors entre 1 i 7). Cal destacar que no hi ha punts de tall, si bé s'entén que a majors puntuacions, majors nivells de competència percebuda davant a la mort.

L'escala d'afrontament de la mort de Bugen va sorgir en el context de les cures pal·liatives o «*hospice*».

Bugen (53) va oferir formació orientada al desenvolupament de les habilitats dels voluntaris a cures pal·liatives i va idear una escala, que incloïa competències específiques que els voluntaris havien de tenir després de la seva formació.

➤ **Escala de autoeficàcia davant la mort relacionada amb els *hospices* de Robbins (2005) (55,56)**

Per avaluar el nivell d'autoeficàcia davant de la mort s'utilitza l'escala de Autoeficàcia davant la mort relacionada amb els *hospices* de Robbins (1992) (55), l'escala original consta de 44 ítems, però seguint la última validació espanyola (56) s'ha cregut oportú utilitzar l'escala de 17 ítems, ja que

s'adequaven millor als objectius de la present investigació i ja s'ha utilitzat en altres estudis.

Als estudiants se'ls pregunta fins a quin punt se senten incapaços-capaços de realitzar unes determinades accions. La resposta pot anar des de "em sento totalment incapaç" amb una puntuació d'1, fins a "em sento totalment capaç", amb una puntuació de 7. La puntuació s'obté sumant les puntuacions de tots els ítems. Igual que succeïa amb l'escala anterior, no hi ha punts de tall, si bé s'entén que a majors puntuacions, majors nivells d'autoeficàcia davant de la mort.

➤ **Escala por a la mort de Collet-Lester (2011) (57-59)**

L'Escala Por a la Mort de Collett-Lester (55-59), a la versió adaptada a l'espanyol (59), està conformada per 4 subescales que proporcionen informació multidimensional sobre la "Por a la Mort pròpia", la "Por al Procés de Morir propi ", "Por a la Mort d'altres" i la "Por al Procés de Morir d'altres". Conté un total de 28 ítems, agrupats en 4 subescales amb set ítems cadascun.

Les respostes són de tipus Likert d'1 (gens) a 5 (molt). S'obté un puntuació total i per cada subdimensió mitjana de les respostes respectivament. Les puntuacions mitjanes més altes indiquen major por de la mort o al procés de morir.

Malgrat no existir punts de tall per a les puntuacions, s'entén que puntuacions elevades indiquen nivells elevats de por/preocupació per a cadascuna de les subescales, mentre que puntuacions baixes indiquen nivells baixos de preocupació.

La interpretació final dels resultats es valorarà a través de les puntuacions que permeten les diferents escales.

La part més subjectiva del treball, aportada a través de les respostes dels/les estudiants a les dues preguntes obertes s'avaluarà de manera quantitativa, agrupant aquestes respostes en diferents temes, diferenciades en funció del curs matriculat i destacant les principals reflexions de l'alumnat.

4.8 Procediment

Després de l'acceptació per part del Deganat de la Facultat d'Infermeria (Annex 2) es va procedir a l'elecció dels dies per a la presentació del treball i entrega de qüestionaris, tasca que es va realitzar conjuntament amb l'Equip de Coordinació del centre.

Es va decidir elegir aquells dies on la participació i representació dels estudiants pogués ser màxima per tal d'intentar aconseguir una major mostra, tot i valorant que això podria ocasionar algun altre tipus de biaix en la selecció. Els dies seleccionats van ser moments d'avaluacions continuades en el cas de 2n (24 març) i 3r curs (20 març), pels estudiants de 4rt curs va ser a la 1ra Jornada *Meeting Point* (17 de març), i finalment pels estudiant de primer curs es va escollir la presentació de pràctiques (7 d'abril).

Abans de l'entrega en paper del qüestionari se'ls fa informar de l'objectiu d'estudi i les característiques del projecte. A més a més, seguint la vigent llei de protecció de dades, se'ls va comentar que calia acceptar el consentiment informat recollit en el mateix qüestionari, tot garantint l'anonimat i confidencialitat de les dades (Annex 1).

Un cop obtinguts tots els qüestionaris i quantificats els resultats de les diferents escales es va procedir a realitzar els anàlisis corresponents, els quals es descriuran més endavant.

4.9 Aspectes ètics

- Es va informar dels objectius i propòsit de l'estudi en el moment de l'entrega dels qüestionaris i del contacte amb els/les estudiants. La participació en l'esmentat treball fou anònima i voluntària i calgué l'acceptació de l'alumne a través del consentiment informat present a l'inici del qüestionari (Annex 1).
- El treball compleix l'acceptació i aprovació per part del Deganat i la Coordinació d'Estudis de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona (Annex 2).
- Segons la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), es mantingué l'anonimat i confidencialitat de les dades. Les dades obtingudes només foren utilitzades per respondre els objectius del present estudi.

4.10 Anàlisi de les dades

S'ha utilitzat el programa Microsoft Excel 2010® per tal de passar les respostes dels estudiants de format paper en format electrònic. L'anàlisi de les dades s'ha realitzat a través del programa estadístic IBM SPSS Statistics 23.0®.

En primer lloc s'ha realitzat un **anàlisi descriptiu univariant** de les variables, les variables contínues s'han expressat en mitjanes, desviació estàndard, valor mínim i màxim i les variables categòriques en freqüències i percentatges

En segon lloc, s'ha dut a terme un **contrast bivariant**, utilitzant **T-student** en la relació per la variable quantitativa i qualitativa dicotònica. Al mateix temps, s'ha fet ús del test de **Khi-quadrat** per a dues mostres qualitatives independents.

Per comparar la variabilitat entre diversos grups en una variable quantitativa s'ha utilitzat l'anàlisi de la variància **ANOVA** i posteriorment s'han realitzat les corresponents **proves post hoc**.

Així mateix, s'han comparat algunes puntuacions emprant **proves no paramètriques**, quan la distribució no era simètrica. Així, la prova no paramètrica utilitzada ha estat el test de **U de Mann-Whitney**.

Finalment també s'ha utilitzat el **coeficient de Correlació de Pearson** per a la relació entre variables numèriques, creant també gràfics de **correlació lineals**.

En tots els casos s'ha utilitzat un nivell de significació de $p < 0,05$ i un interval de confiança del 95% (IC 95%).

5. RESULTATS

Han participat un total de 293 estudiants dels diferents cursos del Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona (57.45% de la participació total de la població)

Els/les alumnes de primer curs van representar el 19.11% (n=56) de la mostra, els alumnes de segon van ser el curs més nombrós amb un 32.42% de la mostra (n=95), els estudiants de tercer curs van constituir el 30.04% (n=88), i finalment els alumnes del darrer curs van representar el 18.43% de la mostra (n=54). Es van excloure 12 qüestionaris per no presentar alguns dels criteris d'inclusió i/o exclusió comentats anteriorment. La representativitat dels/les estudiants en funció del curs acadèmic es pot veure gràficament a la Figura 1.

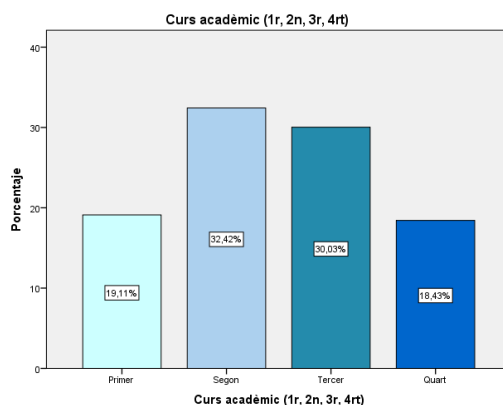


Figura 1. Mostra d'estudiants distribuïda per curs acadèmic

5.1 Característiques de la mostra

Sexe i edat dels participants

La Taula 1 mostra la distribució de les dades sociodemogràfiques en relació a l'edat i el sexe de la població.

Taula1: Distribució població segons edat i sexe

Edat	22.30 (DE: 5.45) (mín:18; màx: 57)	
Sexe	Dones	85.32%(n=250)
	Homes	14.68% (n=43)

La mitjana d'edat dels/les participants fou de 22.30 anys (DE: 5.45). Pel que fa a les dones fou de 22.07 anys (DE: 5.26) i els homes fou de 23.63 anys (DE: 6.39).

A la Figura 2, a través del diagrama de caixa, es pot observar la relació entre l'edat i el sexe.

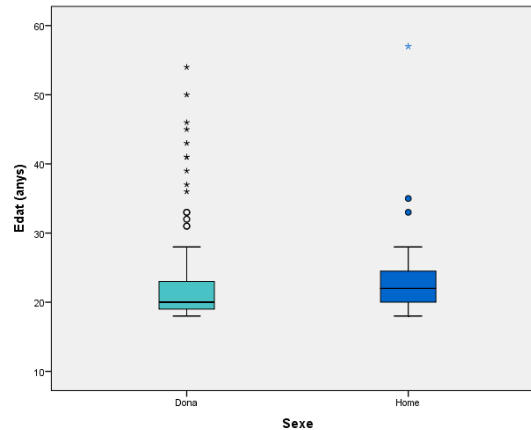


Figura 2. Distribució de l'edat dels estudiants en funció del sexe

A través del diagrama de caixa es pot apreciar que les dones mantenen una mitjana d'edat inferior al sexe masculí, tot i que presenten més valors atípics a mesura que s'incrementa l'edat. A diferència, els homes, que parteixen d'una mitjana d'edat lleugerament superior, però amb més homogeneïtat en els seus valors, tanmateix en cal destacar algunes dades atípiques en edats significativament superiors a la seva mitjana.

Curs matriculat

A la Taula 2 es mostra la distribució dels estudiants en funció del **curs matriculat**.

Taula2: Distribució població segons curs

Curs	1r	19.11% (n=56)
	2n	32.42% (n=95)
	3r	30.04% (n=88)
	4rt	18.43% (n=54)

Experiència personal i professional envers la mort

En relació a l'**experiència de pèrdua d'una persona propera en l'àmbit personal**, 182 (62.1%) estudiants afirmen que sí que han viscut una experiència d'aquestes característiques, mentre que 111 (37.9%) dels participants asseguren no haver viscut cap mort d'algun familiar o persona estimada.

Dels 182 alumnes que han viscut la mort a nivell personal, la distribució del parentiu de l'alumne amb la persona és el següent:

En la majoria dels casos la mort de la persona propera recau en la figura de l'avi (23.2% amb una freqüència de 68 casos) o àvia (12.3% amb una freqüència de 36 casos), no obstant això també en cal destacar els resultats obtinguts d'altres categories com oncle (4.1% amb 12 casos) i tia (2.7% amb 8 casos).

Tanmateix, cal fer esment de la categoria "Altres", la qual els participants hi han englobat parentius com: amics, companys de feina, veïns o fins hi tot fills i filles en alguns casos. Aquesta dada equival a 44 casos (15%) dels 182 que han viscut la mort a nivell personal.

Pel què fa a la vivència de la pèrdua dels progenitors, cal destacar que un 3.4% (10 alumnes) han viscut la mort del seu pare i un 1% (3 alumnes) la de la mare.

Els parentius amb menys nombre de pèrdues equival al de germà, amb un únic cas o el de germana amb cap cas de pèrdua.

A la Figura 3 es pot observar la distribució amb el parentiu de la pèrdua personal.

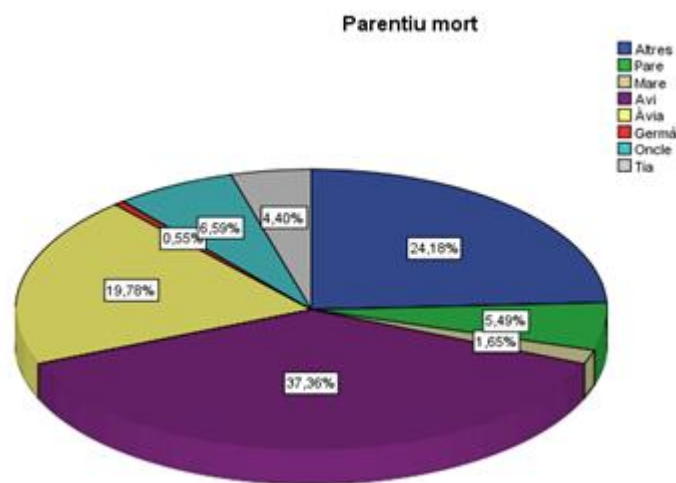


Figura 3. Distribució del parentiu de l'alumne amb la pèrdua personal

Com ja s'ha comentat anteriorment, han estat 182 alumnes els que han patit la pèrdua d'una persona estimada, però segons les dades obtingudes, que hagin presenciada la mort personalment han estat 64 estudiants.

Pel què fa **l'impacte o canvi de percepció sobre el procés de morir** en relació a la vivència d'aquesta mort. Els resultats posen de manifest que 126 (63%) estudiants van canviar la seva percepció sobre la mort i 74 (37%) no van presenciar cap tipus de canvi.

En relació a l'**experiència** d'haver viscut alguna mort durant **algun període de pràctiques**, 181 (61.8%) estudiants afirmen haver-ne viscut alguna durant els quatre anys de pràctiques clíniques, mentre que 112 (38.2%) no n'han viscut mai cap.

Dels 181 alumnes que han viscut la mort durant les pràctiques, 113 (62.1%) alumnes afirmen que aquesta mort els ha **impactat a nivell personal**, mentre que 68 alumnes (37.9%) asseguren que no els va impactar.

Finalment, a la pregunta de considerar si s'ha fet un **bon acompanyament** de la mort i del dol tan a la persona en qüestió com a la família, els resultats obtinguts han estat:

124 alumnes afirmen que sí van realitzar un bon acompanyament (68.9%), mentre que 57 alumnes (31.1%) reconeix no haver fet un bon acompanyat.

A la Taula 3 es mostren les freqüències de les pèrdues tant a nivell personal com a les pràctiques i a més a més s'afegeix també l'impacte d'aquesta pèrdua.

Taula 3: Distribució pèrdua personal i professional

Pèrdua personal	Sí	62.1% (n=182)	Sí impacte	63% (n=126)
	No	37.9% (n=11)	No impacte	37% (n=74)
Pèrdua pràctiques	Sí	61.8% (n= 181)	Sí impacte	62.1% (n=113)
	No	38.2% (n=112)	No impacte	37.9% (n=68)

5.2 Percepció i coneixements que tenen els estudiants d'infermeria en funció de les variables sociodemogràfiques i acadèmiques

A la Taula 4 es mostra la distribució dels/les participants segons sexe i canvi de percepció

Taula 4. Distribució segons sexe i canvi de percepció

Sexe	Impacte Sí/No	Nº casos i %	X ² (1)	p-valor
Dona N= 168	Sí	112 (88.9%)	6.056	0.014
	No	56 (78.75%)		
Home N= 32	Sí	14(11.1%)		
	No	18 (24.3%)		

Tal com s'observa a la taula més dones que homes tendeixen a informar de canvi de perspectiva després de viure una mort en l'àmbit personal. Relació estadísticament significativa atès que el p-valor és inferior a 0.05.

Seguidament s'avalua aquest impacte en funció de **l'edat**. Per fer-ho, s'ha cregut oportú agrupar les diferents edats en rangs, obtenint un primer rang d'edat de (18-19 anys) un segon grup (de 20 a 21 anys), tercer rang d'edats que oscil·la entre 22 i 30 anys i finalment un tercer grup que compren les edats entre 31 i 57 anys.

Fent aquestes agrupacions es pot observar millor si els/les estudiants més joves tendeixen a canviar més la seva perspectiva després de la mort que no l'alumnat de més edat. A la següent Taula 5 es mostren els resultats en relació grup d'edat i canvi de percepció després de viure la pèrdua d'una persona estimada:

Taula 5. Relació grup d'edats amb el canvi de percepció personal

Grup Edat	Impacte Sí/No	Nº casos i %
18-19 anys N= 55	Sí	29 (52.7%)
	No	26 (47.3%)
20-21 anys N= 65	Sí	47 (72.3%)
	No	18 (27.7%)
22-30 anys N= 62	Sí	39 (62.9%)
	No	23 (37.1%)
31-57 anys N= 18	Sí	11 (61.1%)
	No	7 (38.9%)

A través de l'anàlisi s'observa que realment els estudiants que es troben entre 20-21 anys i 22-30 anys són els grups d'edat que informen de més canvi de perspectiva després de viure la mort. No obstant això, a través de **l'anàlisi de Khi quadrat amb taula de 2x2** no s'observen diferències significatives entre l'edat i la percepció personal ($X^2(1)=0.014$; $p=0.9$). Per realitzar tal anàlisi s'han agrupat les edats entre 18-21 anys (alumnes joves) i 22-57 anys (alumnes de més edat).

A continuació, a la Taula 6 es mostren els resultats obtinguts de la relació entre el curs matriculat i el canvi de perspectiva davant la mort.

Taula 6. Relació curs acadèmic amb el canvi de percepció personal sobre el procés de morir

Curs acadèmic	Impacte Sí/No	Nº casos i %
1r curs N= 43	Sí	24 (55.8%)
	No	19 (44.2%)
2n curs N= 63	Sí	37 (58.7%)
	No	26 (41.3%)
3r curs N= 55	Sí	43 (78.2%)
	No	12 (21.8%)
4rt curs N= 39	Sí	22 (56.4%)
	No	17 (43.6%)

Amb els valors obtinguts s'observa com són els estudiants de 2n i 3r curs els que tendeixen a informar de més canvi de perspectiva i/o impacte després de viure una pèrdua.

No obstant això, a través de l'anàlisi de **Khi quadrat amb taula de 2x2** no s'aprecien diferències significatives entre cursos i canvi de percepció personal ($X^2(1)=2.894$; $p=0.89$), per realitzar tal anàlisi s'han agrupat els cursos entre 1r i 2n, 3r i 4rt.

5.3 Relació de la vivència de la mort a nivell personal amb l'experiència personal

S'ha decidit avaluar aquestes variables separades de l'objectiu anterior per tal de destacar la importància de l'experiència personal i professional en relació al canvi de perspectiva davant la mort.

A la següent Taula 7, es troba la relació entre l'experiència de viure la mort d'una persona estimada a l'entorn familiar amb l'impacte i canvi de perspectiva que això ocasiona.

Taula 7. Relació entre pèrdua d'una persona estimada i percepció sobre el procés de morir

Experiència	Impacte Sí/No	Nº casos i %	X^2 (2)	p-valor
Mort personal N=182	Sí	68.5% (n=124)	28.43	<0.001
	No	31.5% (n=58)		

Entre els estudiants que han manifestat haver viscut la mort d'una persona estimada, la majoria informen que els ha influït en un canvi de perspectiva en relació a aquest tema. Relació estadísticament significativa atès que el p-valor és inferior a 0.05.

A continuació s'avalua la relació entre el fet de viure la mort d'una persona en l'entorn de pràctiques amb l'impacte i canvi de perspectiva que aquesta ocasionar. Els resultats es mostren a la següent Taula 8:

Taula 8. Relació entre mort d'un pacient i percepció sobre el procés de morir

Experiència	Impacte Sí/No	Nº casos i %	X ² (1)	p-valor
Mort pacient N=181	Sí	62.8% (n=113)	3.31	0.069
	No	37.2% (n=68)		

Entre l'alumnat que afirma haver viscut la mort d'una persona a pràctiques la majoria afirmen que els hi ha ocasionat un canvi de perspectiva, malgrat no s'observen diferències estadísticament significatives.

Finalment, a la Taula 9, es mostren els resultats de la relació entre la vivència personal de la mort d'una persona estimada amb el fet de realitzar un bon acompanyament al dol durant les pràctiques.

Taula 9. Relació entre mort familiar amb realització de bon acompanyament

Experiència	Acompanyament Sí/No	Nº casos i %	X ² (1)	p-valor
Viure mort familiar N=39	Sí	84.6% (n=33)	5.86	0.015
	No	15.4% (n=6)		

Els/les estudiants que han viscut la pèrdua d'un familiar afirmen haver realitzat un bon acompanyament del dol en l'àmbit de pràctiques. La relació entre variables resulta estadísticament significativa.

5.4 Nivell de competència percebuda davant la mort dels estudiants del Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona en funció de les variables sociodemogràfiques, acadèmiques i l'experiència tant personal com professional (Escala Bugen d'Afrontament de la mort)

La mostra estudiada (n=293) té una mitjana global de competència percebuda davant la mort de 122.11 (DE: 22.56). Tenint en compte que aquesta escala oscil·lava entre puntuació mínima de 30 punts i màxima de 210, els resultats obtinguts amb els/les participants d'aquesta mostra ha estat d'una puntuació mínima de 38 punts i màxima de 178.

Considerant que no existeixen punts de tall per avaluar els resultats, s'interpreta que a menys puntuació s'associa a menys nivell de competència percebuda davant la mort.

Per tal d'avaluar de manera més precisa els resultats, es decideix agrupar les puntuacions en funció de les diferents variables proposades. En primer lloc es valora la relació **entre el curs acadèmic i la puntuació mitjana de l'escala**, obtenint els resultats que es mostren a la Taula 10:

Taula 10. Relació curs amb la puntuació mitjana de l'escala de Bugen

Curs	N	Mitjana (DE)	Valor mínim- valor màxim
1r	56	120.50 (21.47)	78- 177
2n	95	118.37 (21.60))	76 - 176
3r	88	125.10 (22.28)	70- 178
4rt	54	125.48 (23.57)	38- 165
Global	293	122.11 (22.26)	38-178

Tal com s'aprecia a la taula, el curs amb millor puntuació és el 4rt curs. S'observa una tendència a anar augmentar la puntuació a mesura que es puja de curs, a excepció de 2n, el qual és el curs que obté la puntuació més baixa. Tot i així, utilitzant la prova estadística **ANOVA** no s'observen diferències significatives entre les puntuacions obtingudes de l'Escala de Bugen i el curs dels/les participants ($F:1.955$; $p=0.121$).

Al analitzar la puntuació obtinguda en funció del **sexe**, els resultats són els que es mostren a la Taula 11:

Taula 11. Relació sexe amb la puntuació mitjana de l'escala de Bugen

	Mitjana Escala Bugen (DE)
Dones	120.20 (DE: 21.87)
Homes	133.21 (DE: 21.42)

Es pot veure com les dones tendeixen a tenir unes puntuacions més baixes a aquesta escala que els homes, per tant, les dones refereixen tenir menys nivell de competència percebuda davant la mort que els homes. La **prova estadística T-student** permet establir una diferència estadísticament significativa entre les esmentades variables, atès que s'obté un $p\text{-valor} < 0.001$, així doncs, els participants homes puntuen més alt que les dones.

Al analitzar les puntuacions de l'Escala de Bugen amb l'**edat**, a través de la prova estadística de **Correlació de Pearson** ($r=0.22$; $p<0.0001$) s'observa que les variables són dependents, a més edat més puntuació a l'escala.

Tot seguit, es realitza la relació entre la variable que pregunta sobre l'experiència de la **pèrdua d'una persona estimada a l'entorn familiar** i la puntuació a l'escala de Bugen. S'intenta utilitzar la prova estadística de **T-student**, però es detecta que no es compleix el criteri d'homogeneïtat de variàncies, és per això que s'utilitza la **prova no paramètrica de U de Mann-Whitney**, obtenint els següents resultats:

La mitjana dels valors de l'Escala de Bugen dels alumnes que han viscut una mort a l'entorn familiar és de 123.80 punts (DE: 22.72). La mitjana d'aquells estudiants que no n'han viscut cap és de 119.44 punts (DE: 21.38). S'obté un $p\text{-valor}=0.075$, $Z=-1.78$ i U de Mann-Whitney=8797.50. Amb aquests resultats s'observa que la relació no esdevé estadísticament significativa entre les dues variables.

Finalment es vol relacionar el fet d'haver viscut una **mort a pràctiques** amb la puntuació final de l'Escala de Bugen, els resultats obtinguts a través de la prova estadística de U de Mann-Whitney són els següents:

La mitjana dels valors de l'Escala de Bugen dels alumnes que han viscut una mort a practiques és de 123.96 punts (DE: 22.50). La mitjana d'aquells estudiants que no n'han viscut cap és de 119.12 punts (DE: 21.62). S'obté un $p\text{-valor}=0.026$, $Z=-2.22$ i U de Mann-Whitney=8572.00. S'observa per tant que existeix una diferència significativa entre les dues variables plantejades.

5.5 Grau d'autoeficàcia davant la mort que tenen els estudiants d'Infermeria de la Universitat de Girona en funció de les variables sociodemogràfiques, acadèmiques i l'experiència tant personal com professional (Escala de autoeficàcia davant la mort relacionada amb els hospices de Robbins)

La mitjana global en aquesta escala ha estat de 89.59 punts (DE: 16.04). El valor mínim en aquesta mostra d'estudiants ha estat de 46 punts i valor màxim 119 punts. Al igual com passava amb l'anterior escala, no existeixen notes de tall, per tant es considera que a majors puntuacions millors nivells d'autoeficàcia davant la mort.

La següent Taula 12 mostra els resultats obtinguts agrupats pels diferents cursos del Grau d'Infermeria.

Taula 12. Relació curs amb la puntuació mitjana de l'escala de Robbins

Curs	N	Mitjana (DE)	Valor mínim- valor màxim
1r	56	86.96 (15.08)	48-116
2n	95	84.56 (16.35)	54-119
3r	88	91.75 (15.04)	55-119
4rt	54	97.63 (14.53)	46-119
Global	293	89.59 (16.04)	46-119

En observar les dades, s'observa una progressió a l'alça en els resultats a mesura que es va augmentant de curs, a excepció de 2n curs, el qual novament torna a ser el curs amb menor puntuació. Utilitzant la prova estadística **ANOVA**, s'observen diferències significatives al analitzar les puntuacions totals de l'Escala de Robbins i els cursos dels participants ($F=6.496$; $p=0.000$). En les proves **post hoc** s'observa que hi ha diferències significatives en les puntuacions totals de l'Escala entre primer i quart curs ($p=0.024$), entre segon i tercer ($p=0.018$), entre segon i quart ($p=0.000$), entre tercer i segon ($p=0.018$), entre quart i primer ($p=0.024$) i finalment entre quart i segon curs ($p=0.000$).

Seguidament al analitzar la puntuació obtinguda en funció del **sexe**, els resultats són els que es mostren a la Taula 13:

Taula 13. Relació sexe amb la puntuació mitjana de l'escala de Robbins

	Mitjana Escala Robbins (DE)
Dones	88.74 (DE: 15.819)
Homes	97.53 (DE: 16.660)

Es pot veure com les dones també tendeixen a tenir unes puntuacions més baixes a aquesta escala que els homes, per tant, les dones refereixen menys grau d'autoeficàcia davant la mort. La **prova estadística T-student** permet establir una diferència estadísticament significativa entre les esmentades variables, atès que s'obté un $p\text{-valor}=0.028$, així doncs, els participants homes tendeixen a puntuar més alt a l'Escala de Robbins que les dones.

Al analitzar les puntuacions de l'Escala de Robbins amb l'**edat**, a través de la prova estadística de **Correlació de Pearson** ($r=0.35$; $p<0.0001$) s'observa que les variables són dependents, a més edat més puntuació a aquesta escala.

Tot seguit, es realitza la relació entre la variable que pregunta sobre l'experiència de la **pèrdua d'una persona estimada a l'entorn familiar** i la puntuació a l'escala de Robbins. Novament s'intenta utilitzar la prova estadística de **T-student**, però es detecta que no es compleix el criteri d'homogeneïtat de variàncies, és per això que s'utilitza la **prova no paramètrica de U de Mann-Whitney**, obtenint els següents resultats:

La mitjana dels valors de l'Escala de Robbins dels alumnes que han viscut una mort a l'entorn familiar és de 89.99 punts (DE: 16.58). La mitjana d'aquells estudiants que no n'han viscut cap és de 88.28 punts (DE: 16.90). S'obté un $p\text{-valor}=0.583$, $Z=-5.49$ i U de Mann-Whitney=9661.0. Amb aquests resultats s'observa que la relació no esdevé estadísticament significativa entre les dues variables.

Finalment es vol relacionar el fet d'haver viscut una **mort a pràctiques** amb la puntuació final de l'Escala de Robbins, els resultats obtinguts a través de la prova estadística de U de Mann-Whitney són els següents:

La mitjana dels valors de l'Escala de Robbins dels alumnes que han viscut una mort a practiques és de 91.50 punts (DE: 16.75). La mitjana d'aquells estudiants que no n'han viscut cap és de 85.70 punts (DE: 16.029). S'obté un $p\text{-valor}=0.001$, $Z=-3.19$ i U de

Mann-Whitney=7887.50. S'observa per tant que existeix una diferència significativa entre les dues variables plantejades.

5.6 Preocupació sobre aspectes relacionats amb la mort i el procés de morir que tenen els estudiants d'infermeria en funció de les variables sociodemogràfiques, acadèmiques i l'experiència tant personal com professional (Escala por a la mort de Collet-Lester)

La mostra estudiada (n=293) té una mitjana de preocupació i/o inquietud davant la mort de 103.89 punts (DE: 18.62). Obtenint com a valor mínim 28 i valor màxim 140, valors que justament coincideixen amb el valor mínim i màxim que pot presentar aquesta escala. Tampoc existeix punt de tall per a aquesta escala, però el nivell de preocupació o inquietud comunicat pels alumnes del Grau d'Infermeria cal considerar-lo elevat, ja que les puntuacions més altes (5 i 4 com a moltíssim i molt) es concentren en la majoria de les subescales.

A la Taula 14 es mostren les puntuacions agrupades en funció dels diferents cursos:

Taula 14. Relació curs amb la puntuació mitjana de l'escala de Collet-Lester

Curs	N	Mitjana (DE)	Valor mínim- valor màxim
1r	56	103.00 (19.80)	36-140
2n	95	106.13 (17.97)	53-139
3r	88	103.23 (18.82)	50-137
4rt	54	101.96 (18.30)	28-140
Global	293	103.89 (18.62)	28-140

En aquest cas, les puntuacions obtingudes per la mostra no segueixen cap augment o disminució en funció del curs. S'aprecia, però, que 2n és el curs amb una mitjana més elevada, la qual cosa es tradueix amb més preocupació davant la mort. No obstant això, caldria destacar que 4rt és el curs que obté una mitjana més baixa respecte els altres cursos. Utilitzant la prova estadística **ANOVA** no s'observen diferències significatives al relacionar les puntuacions obtingudes de l'Escala de Collet-Lester i el curs dels i les participants (F:0.727; p=0.536).

Al analitzar la puntuació obtinguda en funció del **sexe**, els resultats són els que es mostren a la Taula 15:

Taula 15. Relació sexe amb la puntuació mitjana de l'escala de Collet- Lester

	Mitjana Escala Robbins (DE)
Dones	105.81 (DE: 17.47)
Homes	97.72 (DE: 21.24)

Es pot veure com les dones, en aquest cas, tendeixen a tenir unes puntuacions més altes a aquesta escala que els homes, per tant, les dones refereixen més grau de preocupació sobre els aspectes relacionats amb la mort que els homes. La prova estadística **T-student** permet establir una diferència estadísticament significativa entre les esmentades variables, atès que s'obté un $p\text{-valor} < 0.001$, així doncs, els participants homes tendeixen a puntuar més baix a l'Escala de Collet-Lester que les dones.

Pel què fa als valors obtinguts en cada subescala, a part de diferenciar-los per la mostra estudiada, s'han volgut diferenciar també en funció del **sexe**. Els resultats es destaquen a la següent Taula 16:

Taula 16 . Relació puntuacions subescala amb la població estudiada i per sexe

SUBESCALES	Mitjana (DE)	Mínim - Màxim	Mitjana dones	Mitjana homes	t-student	p-valor
Pròpia mort	24.40 (6.35)	7 -35	24.94 (6.127)	21.26 (6.81)	3.58	<0.0001
Procés de morir propi	27.18 (5.69)	7-35	27.75 (5.20)	23.88 (7.22)	4.23	0.001
Mort dels altres	28.34 (5.25)	7-35	28,62 (5.19)	26.72 (5.40)	2.20	0.029
Procés de morir dels altres	24.02 (5.49)	7-35	24,46 (5.33)	21.49 (5.86)	3.33	0.001

La puntuació més baixa correspon a la subescala d'inquietud davant el procés de morir dels altres (24.02), en canvi el que en general els preocupa més als estudiants és la **mort dels altres**, amb una puntuació mitjana de 28.34 (DE: 5.25)

Pel què fa a la relació entre el **sexe i les diferents subescales**, a través de la prova **T-student** i la comprovació de la condició d'homogeneïtat de la **prova de Levene**, s'obté que totes 4 escales presenten diferències estadísticament significatives, atès que en tots els casos el $p\text{-valor}$ és inferior a 0.05. S'observa, per tant, que les dones tenen una puntuació més alta que els homes en cada subescala, fet que indica que tenen més grau de preocupació/por en relació a la mort.

Al analitzar les puntuacions de l'Escala de Collet-Lester amb l'**edat**, a través de la prova estadística de **Correlació de Pearson** ($r:-0.56$; $p=0.34$) s'observa que les variables són independents i que per tant no hi ha relació entre l'edat i la puntuació d'aquesta escala.

A continuació es realitza la relació entre la variable que pregunta sobre l'experiència de la **pèrdua d'una persona estimada a l'entorn familiar** i la puntuació a l'escala de Collet-Lester. Al igual com passava amb les anteriors escales, s'intenta utilitzar la prova estadística de **T-student**, però es detecta que no es compleix el criteri d'homogeneïtat de variàncies, i és per això que s'utilitza la prova no paramètrica de **U de Mann-Whitney**, obtenint els següents resultats:

La mitjana dels valors de l'Escala de Collet-Lester dels alumnes que han viscut una mort a l'entorn familiar és de 103.31 punts (DE: 18.99). La mitjana d'aquells estudiants que no n'han viscut cap és de 104.71 punts (DE: 18.11). S'obté $Z=-0.827$, $p\text{-valor}=0.41$, U de Mann-Whitney=9466.5. Amb aquests resultats s'observa que la relació no esdevé estadísticament significativa entre les dues variables.

Finalment es relaciona el fet d'haver viscut una **mort a pràctiques** amb la puntuació final de Collet-Lester, els resultats obtinguts a través de la prova estadística de U de Mann-Whitney són els següents:

La mitjana dels valors de l'Escala de Collet-Lester dels alumnes que han viscut una mort a practiques és de 104.27 punts (DE: 18.86). La mitjana d'aquells estudiants que no n'han viscut cap és de 103.28 punts (DE: 18.29). S'obté $Z=-0.362$, $p\text{-valor}=0.72$, U de Mann-Whitney de 9881. Amb aquests resultats s'observa que la relació no esdevé estadísticament significativa entre les dues variables, per tant, no estan relacionades.

5.7 Anàlisi de les correlacions entre les puntuacions obtingudes de les diferents escales

A través de la prova estadística de **Correlació de Pearson** s'observa una relació bastant significativa entre les diferents escales, tal com s'observa a la Taula 17:

Taula 17 . Relació entre escales utilitzades

	Escala Bugen	Escala Robbins	Escala Collet-Lester
Escala Bugen	1*	0.423* (0.000)**	-0.277* (0.000)**
Escala Robbins	0.423* (0.000)**	1*	-0.143* (0.014)**
Escala Collet-Lester	-0.277* (0.000)**	-0.143* (0.014)**	1*

*Correlación de Pearson **P-valor

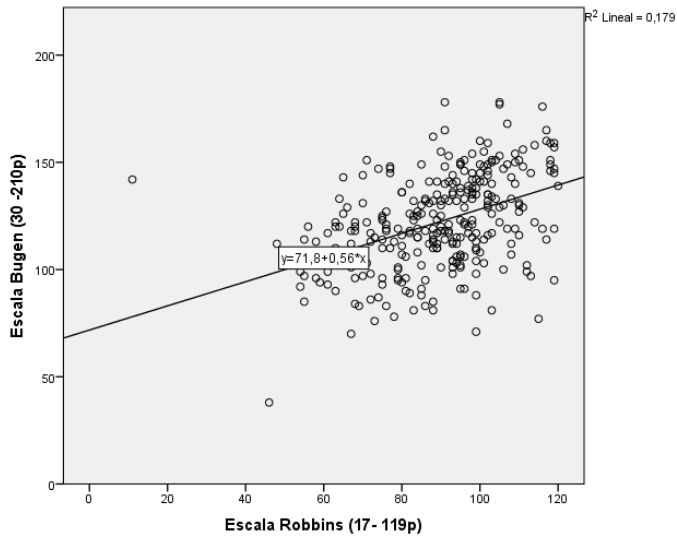
Al relacionar l'escala de Bugen la qual avalua el nivell d'afrontament de la Mort amb l'escala de Robbins la qual avalua d'autoeficàcia davant la mort s'observa una relació positiva, és a dir, que a més puntuació d'una escala l'altra també obté una puntuació alta. La relació de les dues variables és significativa i positiva.

En canvi, al relacionar l'Escala de Bugen amb l'escala de Collet-Lester, la qual avalua el nivell de preocupació i/o inquietud davant la mort, la relació que se n'obté és una relació negativa. És a dir, a més puntuació de l'escala de Bugen s'obté menys puntuació a l'escala de Collet-Lester. La relació de les dues variables és significativa.

Pel què fa a la relació entre l'Escala de Robbins amb la de Collet-Lester, també s'observa una relació negativa, igual com passava amb l'anterior relació. Així doncs, la relació és significativa, a més puntuació de l'Escala de Robbins menys a l'Escala de Collet-Lester.

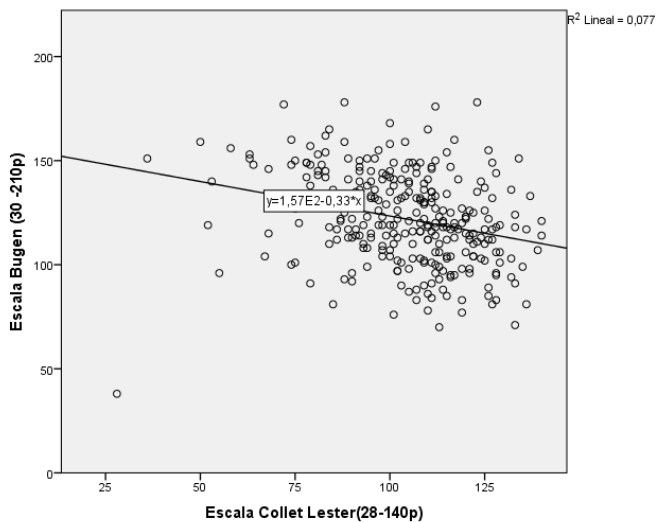
No obstant això, si s'avaluen les dades a través de diferents gràfics de regressió lineals (Figures 4-6), s'observa que hi ha una tendència a les afirmacions anteriorment comentades però no es pot concloure que hi hagi una relació directa i forta.

Figura 4: Relació lineal entre Escala Bugen i Escala Robbins



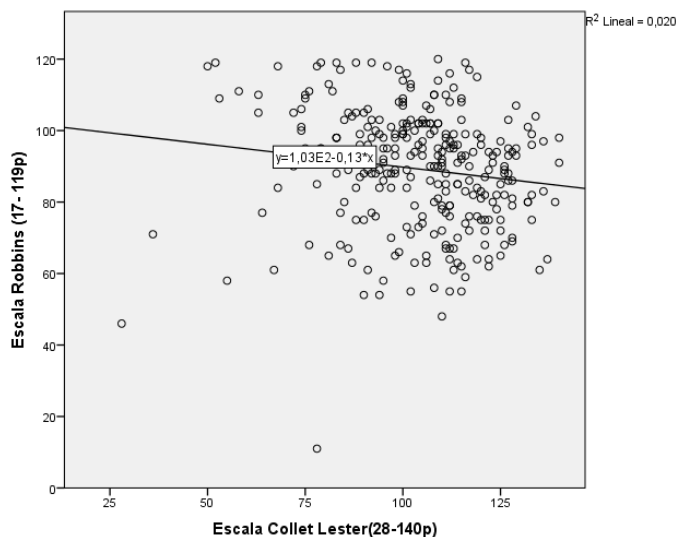
En aquest cas $R^2 = 0,179$, això indica que el 17.9% de la variabilitat de l'Escala de Bugen és explicada per la relació lineal amb l'Escala de Robbins. Al tractar-se d'un valor poc proper a 1, no seria correcte establir una relació lineal forta (positiva).

Figura 5: Relació lineal entre Escala Bugen i Escala de Collet-Lester



En aquest cas $R^2 = 0,077$, això indica que el 7.70% de la variabilitat de l'Escala de Bugen és explicada per la relació lineal amb l'Escala de Collet-Lester. Al tractar-se d'un valor poc proper a 1, no és correcte establir una relació lineal forta (negativa).

Figura 6: Relació lineal entre Escala Robbins i Escala de Collet-Lester



En aquest cas $R^2 = 0,020$, això indica que el 2.00% de la variabilitat de l'Escala de Robbins és explicada per la relació lineal amb l'Escala de Collet-Lester. Al tractar-se d'un valor molt poc proper a 1, no és correcte establir una relació lineal forta (negativa).

5.8 Opinió dels estudiants d'infermeria en relació a la seva formació sobre el tema de la mort i recollida de possibles millores del pla d'estudis actual

Després d'haver analitzat les dades empíriques del qüestionari es procedeix a l'anàlisi de les respostes aportades pels estudiants del Grau d'Infermeria a les dues preguntes obertes del qüestionari entregat. Per fer-ho s'han quantificat aquelles respostes que expressaven idees similars i s'han agrupat en funció del curs i la temàtica, les respostes extenses agrupades per: "Falta de formació", "Bona formació" i "Canvis proposats" a la primera pregunta i "Falta de preparació", "Bona preparació" i "Experiència" per a la segona pregunta es poden veure de manera detallada a l'Annex 3.

A la pregunta 1:

Què canviaries de la teva formació sobre la mort i l'acompanyament al dol de les classes impartides i dels seminaris realitzats durant aquests cursos?

- 33 estudiants expressen falta de formació. Dels quals, 4 d'ells refereixen manca de formació en quan el protocol d'èxits i intervencions d'infermeria, d'altres destaquen la falta de metodologia pràctica i dinàmica enlloc d'utilitzar tant els models teòrics. Cal destacar també que la majoria dels alumnes de 1r curs manifesten no haver tractat temes de la mort i es mostren insegurs alhora de realitzar les seves primeres pràctiques clíniques.
- 6 estudiants expressen rebre una bona formació per part de la Facultat, destacant que d'aquest grup d'alumnes, cap cursa primer curs.
- Pel què fa als canvis proposats, dels 54 estudiants que van proposar algun canvi, cal destacar-ne que: 12 manifesten la necessitat de realitzar alguna activitat de role-playing o activitat més dinàmica, 4 opinen que caldrien més sessions amb grup per poder expressar emocions o el fet que vinguin experts a explicar situacions relacionades amb l'experiència de la mort. 3 alumnes proposen la necessitat de diferenciar l'acompanyament al dol en funció de la cultura, o el fet de millorar les habilitats comunicatives quan es troben davant d'infants. Diferents estudiants refereixen la sort que han tingut de passar per unitats de cures pal·liatives ja que han millorat en habilitats comunicatives davant de la persona atesa i la seva família.

A la pregunta 2:

Creus que al finalitzar el 4rt curs del Grau en Infermeria sortiràs ben preparat per realitzar individualment un bon acompanyament a la mort digna?

- 29 alumnes expressen falta de preparació, dels quals alguns ho justifiquen per la falta de vivències de morts durant les pràctiques, per la falta de recursos psicològics a les classes, pel fet de no separar la part professional de l'emocional, etc.
- 20 alumnes manifesten sortir preparats per realitzar un bon acompanyament, tot i que alguns expressen que fins que no comencin a treballar no s'adonaran realment si estan ben preparats o no.
- 21 de les aportacions que fan els estudiants fan referència l'experiència, expressant que en la professió d'infermeria és molt més important les pràctiques i l'experiència que no la teoria.

6. DISCUSSIÓ

Gràcies als principals resultats d'aquest estudi s'ha pogut assolir l'objectiu general de la present investigació, el qual era conèixer la percepció i actituds que tenen els/les estudiants d'infermeria sobre l'acompanyament a la mort i el dol. Tanmateix s'han pogut respondre els objectius específics a través de les diferents dades empíriques i les aportacions a les preguntes obertes de tots els participants. Aquests resultats han permès apreciar diferències entre les diferents variables plantejades i s'han pogut comparar amb altres estudis de similars condicions.

Abans però, d'entrar en detall, tal com s'ha comentat anteriorment en els antecedents del tema, cal recordar que actualment i en concret, a la nostra societat occidental, la mort es viu com una cosa estranya, imprevista i que en la majoria de les vegades no està present en els nostres pensaments quotidians (13). Partint d'aquesta premissa, no va resultar alarmant quan en el retorn dels qüestionaris els/les estudiants comunicuessin que havien pensat en aspectes que fins aleshores no els havien preocupat o interessat i que al mateix temps els havia estat difícil respondre a algunes preguntes pel fet que no havien viscut, encara mai, cap pèrdua de primer grau. No obstant això, altres estudiants et comunicaven les ganes de saber més coses sobre aquest tema per tal de formar-se més i poder ajudar amb la millor cura possible. Cal tenir present que els/les estudiants que han participat a l'estudi formen part del col·lectiu de joves, uns joves que encara que hagin volgut encaminar el seu futur professional en el camp de la salut, probablement se'ls ha amagat la mort i se'ls n'ha protegit.

Pel què fa a les **característiques de la mostra estudiada**, la variable edat coincideix amb la majoria dels estudis realitzats amb estudiants d'infermeria, en els quals la mitjana d'edat sol oscil·lar entre 20 i 21 anys (33,43,56). En el cas de l'estudi realitzat per Schmidt-RioValle et al. (60) el qual es centra en dur a terme un programa de formació en cures pal·liatives i avaluar la puntuació de l'Escala de Bugen abans i després de l'esmentat programa, obté una edat mitjana dels participants de 21.35, d'entre els quals l'edat mínima és de 17 i la màxima de 28 anys.

L'estudi realitzat per Edo et al. (33), pel què fa a la mida de la mostra i variabilitat en la variable edat i sexe és bastant semblant a la mostra del present treball, el qual compte amb un percentatge de 85.32% dones. Aquesta participació majoritària de dones

concorda amb la gran majoria d'estudis realitzats amb estudiants d'infermeria (33,56,61,62).

Quant a la distribució dels estudiants pel curs acadèmic s'observa una desigualtat de les proporcions en els diferents cursos, aquesta es pot deure en la tria de l'entrega dels qüestionaris, atès que en els cursos de 2n (32.42%) i 3r (30.04%) es va realitzar en el moment d'una avaluació continuada, on l'assistència era obligatòria. Els dies escollits en els cursos de 1r (19.11%) i 4rt (18.43%) eren trobades informatives de caire no obligatori, tanmateix també cal afegir la dificultat de coincidir amb els/les alumnes del darrer curs del Grau ja que dediquen l'últim any a realitzar pràctiques clíniques lluny de la facultat.

Una altra de les dades que caldria destacar és **l'impacte que suposa la vivència de la mort en els estudiants d'infermeria**, ja que un 63% van afirmar haver patit un canvi de perspectiva envers la mort. Aquesta dada posa de manifest que és un tema que impacta i que no deixa indiferent a ningú (4,39).

Quant a **l'experiència de la mort durant el període de pràctiques**, s'ha vist representat un percentatge bastant alt d'alumnes (112 casos – 38.21%) que encara no han presenciat cap mort en algun dels seus pràcticums, la qual cosa pot provocar algun biaix en els resultats, entenen que se'ls pregunta per aspectes que encara no han pogut viure de primera mà.

Cal destacar de manera molt positiva, que els/les estudiants consideren amb un 68.9% que sí que van realitzar un **bon acompanyament al dol**, tant a la família com a la pròpia persona, la qual cosa es tradueix en una qualitat de la formació impartida i de les pràctiques realitzades. Com a institució universitària caldria pensar com poder incrementar aquest percentatge per tal que de forma unànime els/les estudiants d'infermeria puguin afirmar que han realitzat un bon acompanyament al dol, atès que és una activitat pròpia i fonamental de tota infermera.

Si ens fixem amb el primer objectiu específic plantejat en el treball, el qual es basava en **detectar diferències entre la percepció i coneixements que tenen els estudiants d'infermeria en funció de les variables sociodemogràfiques i acadèmiques**, s'ha identificat de manera significativa diferències de canvi de conducta manifestada en quan al sexe, posant de manifest que les dones tendeixen a informar més del canvi de percepció que tenen després de la mort d'una persona estimada, que no els homes.

Pel què fa a l'edat, tot i ser els més joves el que tendeixen a canviar la seva percepció després de viure la mort d'una persona estimada, els resultats no esdevenen significatius per afirmar aquesta relació.

En quan al segon objectiu del treball, el qual era identificar **la relació entre l'experiència personal i professional envers la mort**, es conclou que el fet d'haver viscut la pèrdua d'una persona estimada en l'entorn familiar influeix en el canvi de percepció sobre aquest tema, en canvi no influeix el fet d'haver viscut la mort d'un pacient a les pràctiques. Al mateix temps, haver viscut la pèrdua d'una persona estimada en l'entorn familiar influeix en la realització d'un bon acompanyament al dol quan l'alumne es troba en el període de pràctiques, probablement aquesta relació es deu al grau d'empatia que sent l'alumne amb la persona i família que està atenent.

Pel què fa al nivell de competència percebuda davant la mort avaluat a través de **l'Escala d'Afrontament a la mort de Bugen**, els estudiants de la Facultat d'Infermeria obtenen una mitjana de 122.11. Tenint en compte que aquesta escala oscil·lava entre puntuació mínima de 30 punts i màxima de 210, valors inferiors a 105 punts (percentil 50) indicarien un afrontament inadequat i valors superiors a 147 indicarien afrontament adequat. La interpretació que se'n fa dels resultats és que la mitjana obtinguda es troba entre el percentil 50 i 75, concloent per tant que es tractaria d'un nivell d'afrontament lleugerament adequat.

L'estudi de Schmidt-RioValle et al. (60) com ja s'ha comentat anteriorment, realitza una formació en cures pal·liatives a estudiants d'infermeria i per avaluar el seu impacte passen l'Escala de Bugen abans de la intervenció, obtenint 121.46 punts, valor molt similar a la mitjana obtinguda per l'alumnat de la Universitat de Girona. Després de la formació en cures pal·liatives la puntuació mitjana ascendí fins a 158.16 punts, demostrant diferències significatives respecte l'afrontament a la mort després del programa formatiu impartit. Aquests resultats poden plantejar que si als estudiants de la Universitat de Girona se'ls impartís una formació de característiques similars a les d'aquest estudi, també podrien millorar en les seves puntuacions, atès que la mitjana obtinguda en la mostra d'aquest present treball i la mitjana prèvia a la intervenció de l'estudi de Schmidt-RioValle et al. (60) són molt iguals.

L'Escala de Bugen ha estat utilitzada en d'altres estudis i contextos, com per exemple en la recerca duta a terme per Brysiewicz i McInerney (63), els quals van posar en marxa un taller dirigit al personal d'infermeria i a altres treballadors del sistema sanitari. L'objectiu del projecte, igual que en l'anterior, era detectar diferències significatives

entre la puntuació del pre-test i post-test, finalment els resultats van concloure que l'Escala de Bugen d'afrontament a la mort és un instrument adequat per valorar l'adquisició de competències necessàries per treballar amb persones que es troben en les fases finals de la vida.

Al 2013, Marti-Garcia et al. (64) utilitzen l'Escala de Bugen, entre d'altres, amb una finalitat bastant semblant que els anteriors autors, atès que avalua una mostra d'estudiants d'infermeria matriculats a l'assignatura de cures pal·liatives, abans i després de cursar aquesta matèria. Les diferències esdevingueren significatives ja que les puntuacions en un inici foren de 91,32 (puntuació del primer dia de classe) i augmentaren fins 111,68 punts després de finalitzar l'assignatura. En general, les puntuacions obtingudes en aquesta mostra són lleugerament inferiors a les obtingudes en el present treball, es podria relacionar aquest descens pel fet que els estudiants de la mostra de Marti-Garcia et al. (64) no havien rebut inicialment cap formació en temes relacionats en cures pal·liatives i/o la mort.

Si s'avalua més detalladament l'Escala de Bugen amb les altres variables plantejades en el present treball es pot detectar com, a excepció de 2n curs, la tendència en general és que a mesura que augmenta el curs augmenta també el nivell de competència percebuda, la qual cosa és un resultat certament positiu, donat que posa de manifest que els/les estudiants de quart de la Universitat de Girona surten més preparats que no els estudiants d'anteriors cursos. De tots els ítems que conforma el qüestionari, caldria destacar que la majoria dels participants han valorat que parlar sobre la mort no és una pèrdua de temps i que per tant és un tema que els importa i que s'ha de poder parlar més obertament.

Al mateix temps s'ha detectat diferències significatives en quan al sexe, ja que es pot veure com les dones tendeixen a tenir unes puntuacions més baixes a aquesta escala que els homes, concloent que les dones refereixen menys nivell de competència percebuda davant la mort que els homes. Corroborant aquests resultats, l'estudi de Colell (56) també detecta diferències significatives entre la variable sexe, afirmant que les dones tendeixen a puntuar més baix que els homes. No obstant això, en el treball de Schimdt (54), en la seva validació de l'Escala de Bugen al 2007 exposa que no existeixen diferències significatives en el grau d'afrontament dels/les participants en funció del sexe, manifestant que en els dos casos les puntuacions es troben entorn al percentil 50, en el cas dels homes es troba lleugerament per sobre i en el cas de les dones per sota.

Finalment, la última relació significativa que s'ha pogut detectar ha estat la relació entre les puntuacions de l'escala i el fet d'haver viscut una mort durant les pràctiques clíniques, posant de manifest que aquells alumnes que han vist la mort d'una persona malalta puntuen lleugerament superior a aquells estudiants que encara no n'han pogut presenciar cap. Aquesta relació permet concloure que les pràctiques clíniques són realment molt importants per formar els futurs professionals sanitaris i per tal que millorin en les seves habilitats i actituds davant la mort.

Pel què fa a l'**escala de Robbins**, els estudiants d'Infermeria de la Universitat de Girona obtenen una puntuació mitjana de 89.59 punts. Cal destacar que en aquesta escala, la qual avalua l'autoeficàcia davant la mort, els homes tornen a puntuar significativament més alt que les dones. Les dones del present estudi obtenen una puntuació mitjana de 88.74, valors molt similars als obtinguts a l'estudi de Colell (56) l'any 2005, el qual utilitzant els mateixos ítems comparava les actituds davant la mort entre estudiants d'infermeria de Catalunya i d'Andalusia. Tant en una comunitat com en l'altra, les dones sempre puntuaren significativament més baix que els homes.

Quan a la relació d'aquesta escala amb el curs acadèmic, la tendència va a l'alça a mesura que augmenta el curs, és a dir, els estudiants de 4rt es senten més capaços de realitzar les determinades accions relacionades amb el tema de la mort, que en cursos anteriors. Un aspecte que sí que cal referenciar dels resultats d'aquesta escala és que la gran majoria dels estudiants, independent del curs que es tractés, valoraven amb una puntuació baixa (totalment incapaç) el fet d'afrontar la mort d'un amic de la seva edat, la qual cosa torna a posar de manifestat la importància de l'edat quan es parla de mort (30). La sensibilitat que comporta viure la mort d'un infant o una persona jove és superior que si es tracta d'una persona de més edat.

Com a última relació significativa que ens ofereix aquesta escala i igual com passava amb l'anterior, es reafirma l'impacte que suposa **la mort d'una persona en les pràctiques**, atès que aquells alumnes que n'han presenciat una puntuen millor a l'escala de Robbins, expressant per tant més autoeficàcia en aquests aspectes.

Si enlloc de parlar d'aquestes dues escales per separat les agrupem, i s'avalua la relació entre l'Escala Bugen d'Afrontament de la Mort (1980-1981) i l'Escala d'Autoeficàcia davant la mort dels *Hospices* de Robbins (2005), a través dels resultats dels present estudi, s'observa una tendència en què a major grau d'afrontament a la mort es dona millor autoeficàcia davant la mort i viceversa, no obstant a això, tot i la tendència esmentada, no es pot afirmar una correlació significativa forta, ja que els

estadístics de contrast no permeten fer tal relació. L'estudi realitzat per Borrell (65) al 2010 obté la mateixa correlació, tot i que caldrien més estudis comparatius per validar aquesta relació entre escales. Amb aquesta tendència entre la relació de les dues escales es podria respondre la segona hipòtesis plantejada en el present treball.

En la formació dels/les estudiants d'infermeria és rellevant conèixer l'experiència de la mort així com la por a aquesta, perquè la mort i el seu procés, són experiències inherents a la tasca professional que hauran desenvolupar i per això mateix els fa més susceptibles a presentar nivells d'ansietat i actituds que poden afectar la qualitat de les cures (66). La darrera escala utilitzada en el present treball vol donar a conèixer aquests nivells de preocupació davant la mort a través de l'**Escala de Collet-Lester**, la qual puntua la preocupació sobre els aspectes relacionats amb la mort i el procés de morir. La mostra estudiada té una mitjana de preocupació i/o inquietud davant la mort de 103.89 punts. Resultats que es podrien considerar elevats atès que superen el percentil 50. La puntuació més baixa correspon a la subescala d'inquietud davant el procés de morir dels altres, en canvi el que genera més preocupació als estudiants és la **mort dels altres**, amb una puntuació mitjana de 28.34.

Si es comparen aquests resultats amb d'altres estudis, s'obté una diversitat important, ja que en alguns estudis la subescala que preocupa més als estudiants és el propi procés de morir (13), en canvi en d'altres es tracta de la mort dels altres (67).

S'observa que són també els/les estudiants de quart curs els que refereixen menys preocupació i/o inquietud envers el tema de la mort, la qual cosa es podria traduir en el fet que es senten més ben preparats, conclusió que se n'extreu pel fet que també són els que obtenen millors puntuacions en les anteriors escales.

Igual com passa en d'altres estudis similars, com el de Morillo et al. (38,39), en el present treball també s'han apreciat diferències significatives en quan al sexe, atès que els homes puntuen millor a les escales que avaluen l'autoeficàcia i la competència davant la mort i en canvi puntuen més baix a l'escala de Collet-Lester, la qual avalua la inquietud i preocupació al voltat del tema de la pròpia mort i la mort dels altres. Els valors en el cas de les dones són al revés, es podria pensar que per la seva naturalesa intrínseca d'expressar més obertament els seus sentiments, fa que obtinguin més puntuació en la darrera escala i que per tant demostrin més preocupació envers la mort. No obstant això, hi ha altres recerques similars com les de Tomás-Sábado et al. (68,69), en les quals no s'aprecien diferències significatives en el sexe.

Al 2016, una recerca feta amb estudiants de medicina (70), la qual avaluava els factors sociodemogràfics que influeixen en l'ansietat davant la mort, a través de l'Escala de Collet-Lester demostrà novament que les dones puntuen més alt en les 4 subescales, aconseguint una significació estadística a l'escala de por al procés de morir i a la mort dels altres. Aquest estudi va concloure que el sexe i les creences influeixen en l'ansietat davant la mort, sent superior en les dones que en els homes.

Tot i així, caldrien més recerques que corroboressin uns mateixos resultats o una mateixa tendència en aquests. Si realment es confirmés que hi ha una puntuació d'ansietat i por significativament superior per a les dones en la majoria dels estudis duts a terme, l'explicació que se'n podria descriure seria que les dones poden admetre i expressar amb més facilitat sentiments de preocupació que els homes, els quals són més propensos a evitar pensaments sobre la mort. Tot i així, tal com es comenta, caldrien més estudis per poder confirmar aquests resultats i poder atribuir aquest fet a diferències a nivell d'educació rebuda, rol social, expressió emocional, mecanismes d'afrontament o altres factors.

En el present treball s'ha detectat que el fet d'haver viscut una mort a pràctiques no necessàriament mostra un nivell més alt de preocupació envers els temes relacionats amb la mort, atès que la relació entre les dues variables no sorgeix significativa. Aquesta mateixa relació no significativa s'observa en el treball de Boceta et al. (70), en el qual amb la mostra d'estudiants de medicina no s'observen diferències significatives en quant a la experiència de la mort dels altres.

Finalment, al relacionar aquesta darrera escala amb les dues anteriors, s'observa una tendència a que les puntuacions a l'escala de Collet-Lester siguin lleugerament inferiors si les dues anteriors són més altes, donant a entendre que com més baix és el nivell de preocupació davant la mort més alt és el nivell d'afrontament i autoeficàcia en relació a aquest tema, tal com es plantejava la hipòtesis del present treball, no obstant això, caldrien més estudis comparatius que ho corroboressin de manera significativa.

Cadascuna de les escales utilitzades en el treball es podria haver avaluat per cada ítem individualment, però en aquest cas es decideix valorar la puntuació mitjana i a través d'aquests valors obtenir uns resultats i conclusions.

Finalment pel què fa a les **aportacions a les preguntes obertes** dels estudiants enquestats, coincidint amb altres estudis publicats (33,37,59), l'alumnat de la Universitat de Girona relata com una de les situacions més estressants el fet de donar males notícies, expressada sobretot per la dificultat per compartir la informació amb la

família i amb la presa de decisions amb la persona atesa. En aquest sentit, cal destacar que els estudiants manifesten la clara necessitat de formació específica en habilitats comunicatives i en gestió emocional, de tal manera que faciliti una atenció personalitzada i eviti el contagi emocional.

Tanmateix, els alumnes expressen que aquesta formació ha de ser el més dinàmica possible, utilitzant una metodologia experimental que utilitzi situacions simulades el més semblants a la realitat actual, fent ús també de dinàmiques com el role-playing.

Amb les aportacions dels estudiants diferenciades per cursos, s'observa una clara progressió a mesura que van augmentat de curs. Així doncs, els de primer, pel fet que en el moment de l'avaluació del qüestionari encara no havien realitzat pràctiques clíniques, mostraven unes preocupacions generals, amb poques propostes de millora. En canvi, els alumnes dels següents cursos acadèmics referien unes necessitats més concretes i precises, alguns explicaven vivències dels pràcticums, sentiments i emocions que havien experimentat, el que els hi havia faltat de la seva formació, el que realment els preocupava, propostes en assignatures en concret, entre d'altres.

De les respostes que caldria fer esment, seria el fet que a una majoria dels estudiants els preocupa la gestió de les emocions i la part comunicativa quan es tracta d'infants i/o menors, s'ha vist reflectit en diferents aportacions i per tant seria de gran encert intentar promoure alguna activitat per solucionar aquesta necessitat expressada. Al mateix temps, cal posar èmfasi al canvi de visió que expressen aquells alumnes que han passat pel servei de cures pal·liatives, ja que realment reconeixen sortir preparats gràcies al tracte i les experiències viscudes en aquella unitat, podria doncs ser un punt a proposar que tots els/les estudiants realitzessin pràctiques en algun servei d'aquestes característiques.

Tal com passa a l'estudi d'Orozco et al. (4), els alumnes refereixen tenir mancances en els coneixements relacionats amb tanatologia, atès que en moltes de les respostes, els estudiants de 2n i 3r refereixen necessitar més coneixements sobre el protocol d'èxitus, les activitats pròpies d'infermeria, conceptes relacionats amb les funeràries, etc.

Donada la gran multiculturalitat que existeix actualment en el nostre entorn, es creuen molt encertades algunes de les aportacions dels estudiants que mencionen la cultura i les creences, manifestant que com a futurs professionals de la salut haurien de rebre més formació en quan a rituals diferenciats per cultures, atès que d'aquesta manera es

podria entendre millor a les persones a les quals s'atén i se les podria reconduir i ajudar millor emocionalment.

Quan se'ls preguntava si sortien ben preparats per fer front a un acompanyament del dol de manera individual, el ventall de respostes ha estat molt obert i per tant costa donar una resposta concreta degut a la seva variabilitat, no obstant això, la gran majoria utilitza la paraula experiència per respondre a la pregunta, fet que reivindica la importància que tenen les pràctiques en aquest Grau, els/les estudiants valoren molt positivament el fet de realitzar pràctiques des de primer curs.

6.1 Limitacions

La principal limitació que l'autora detecta a l'estudi és la manca de metodologia qualitativa, tot i disposar de preguntes obertes al final de les escales utilitzades, atès que el treball aporta gran quantitat de dades numèriques, de gran valor empíric que permeten establir relacions entre variables. Però no obstant això, fan falten les variables que no recullen els qüestionaris, com són les opinions més extenses dels estudiants, és per això que l'autora considera que la investigació qualitativa en aquest camp podria ser una eina útil per detectar inquietuds i preocupacions al voltant de la mort, una proposta per a noves investigacions seria realitzar grups focals amb alumnes de diferents cursos.

Tot i els diferents avantatges que presenten en general les enquestes, també existeixen limitacions importants atès que pel fet de comptar amb respostes tancades resulta difícil copsar el pensament real de l'enquestat, donant com a resultat una falta de sinceritat en les respostes i això pot provocar algun biaix en els resultats.

Una altra possible limitació és el fet d'haver perdut mostra de participants al haver decidit uns dies en concret per passar els qüestionaris. Al mateix temps, la tria d'aquests dies durant el mesos de març i abril, ha fet que alguns alumnes no haguessin cursat encara les assignatures relacionades amb la mort, provocant en certa manera un possible biaix de resultats.

Finalment, cal mencionar també la limitació que presenten els estudis transversals, pel fet que no es permet establir una relació de causa i efecte i per tant, els resultats obtinguts en el treball no es poden inferir a la població general.

6.2 Aplicabilitat dels resultats/Propostes de recerca

L'educació i apoderament als estudiants d'infermeria i a la societat en general sobre aquest tema, resulta un aspecte de gran rellevància. Per tant, la informació i resultats aportats amb aquest treball van dirigits a tot el col·lectiu de persones que tinguin interès en ampliar els seus coneixements envers el procés de mort i de dol.

Cal tenir en compte que dirigir esforços en la formació i preparació dels futurs professionals d'infermeria, els quals cuidaran, educaran i acompanyaran a la resta de comunitat, resulta un bon repte per l'ampli ventall d'actuacions de la promoció de la salut, és per això que l'autora proposa algunes noves línies d'investigació.

Així doncs, en referència a futures línies de recerca, seria convenient la realització d'aquest tipus de qüestionaris a altres Facultats d'Infermeria, de tal manera que es pogués realitzar un estudi comparatiu per avaluar la qualitat de diferents universitats. D'altra banda, també seria recomanable passar aquestes escales a nivell intrahospitalari, per tal de conèixer en quina situació es troben les professionals de la salut actualment en aquest tema.

Una altra proposta molt enriquidora en quan a resultats qualitatius seria la realització de grups de discussió amb els /les alumnes del centre, entenen que d'aquesta manera es podria detectar els seus punts de vista, les debilitats que ells veuen en la formació però també els aspectes positius, per tal de potenciar-los.

Com a última proposta, es podria plantejar l'opció de realitzar una formació explícita en el tema de cures pal·liatives i en aspectes relacionats amb la mort, i per avaluar tal formació es podria administrar qüestionaris pre-intervenció i post-intervenció per tal d'avaluar l'impacte ocasionat i la millora en els resultats de les puntuacions.

L'autora d'aquesta recerca està convençuda que aquest treball serà la porta a noves investigacions en el camp de les Cures Pal·liatives, així com a un canvi de paradigma en la docència a les institucions universitàries davant de temes com la mort, i al mateix temps aplicable als centres sanitaris del nostre entorn.

7. CONCLUSIONS

Els resultats del present treball evidencien que:

- Els homes tendeixen a puntuar millor a les escales que avaluen l'autoeficàcia i les competències davant la mort i en canvi puntuen més baix a aquelles a escales que avaluen el nivell de preocupació envers la mort.
- Existeixen diferències en les puntuacions de les escales en funció del curs que realitzi cada alumne, atès que els alumnes de quart curs obtenen puntuacions més elevades en aquelles escales que valoren les competències percebudes envers la mort i l'autoeficàcia davant d'aquest tema. Aquesta tendència en els resultats fa pensar que gràcies a la seva formació a la Universitat de Girona i a les pràctiques, els estudiants de 4rt curs surten més capacitats que no els alumnes que encara estan en cursos anteriors. Tanmateix, els alumnes de quart curs expressen menys inquietud i preocupació que la resta d'alumnes, tant a nivell de la pròpia mort com a la mort dels altres.
- A nivell general, l'alumnat de la Universitat de Girona de la Facultat d'Infermeria té un nivell de competència percebuda davant la mort adequat i igualment presenta un bon nivell d'autoeficàcia envers els aspectes relacionats amb la mort, no obstant això, els nivells de preocupació i/o inquietud esdevenen elevats.
- La població estudiada té més preocupació per la mort dels altres que per la pròpia mort.
- El fet d'haver viscut alguna mort durant algun pràcticum influeix en la puntuació final de les escales que avaluen l'autoeficàcia i les competències percebudes davant la mort, conclusió que reafirma la importància de les pràctiques clíniques per la bona adquisició d'habilitats i actituds davant els aspectes relacionats amb la mort.
- Els resultats intueixen una relació entre les diferents escales, expressant una tendència en què a major grau d'afrontament a la mort es dona millor autoeficàcia davant la mort i viceversa. Al mateix temps també es pot entreveure que les puntuacions més baixes de l'escala de Collet-Lester es relacionen amb puntuacions superiors a les dues altres escales. La qual cosa pot fer pensar que a menys grau de preocupació davant la mort es tradueix amb nivells més elevats d'autoeficàcia i bon afrontament davant d'aquesta.

- Els/les alumnes manifesten canvis i propostes de millora en relació a la seva formació acadèmica en aquest tema, les aportacions més destacades són: dinamització de les classes, utilització del role-playing, casos pràctics, millores en les habilitats comunicatives, experiències de professionals, formació multicultural, etc.
- La opinió de si sortiran realment ben preparats després dels quatre anys és bastant heterogènia, ja que no s'ha obtingut una resposta global, tot i que la majoria dels/les estudiants refereixen que l'experiència serà el punt clau per poder acceptar la mort.
- El tema de la mort té un ampli ventall de camps per ser estudiats, però tal com posa de manifest el present treball, resulta essencial la necessitat de treballar aspectes relacionats amb les cures al final de la vida des dels inicis de la formació d'Infermeria, per tal de gestionar de la millor manera possible les emocions i les habilitats que requereix l'estudiant d'infermeria quan atén a les persones que es troben en situació d'últims dies.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Pichardo LM, Diner D. La experiencia de la muerte los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. *An Med.* 2010;55(3):161-6.
2. Eseverri C. La sociedad ante la muerte. Un acercamiento desde la filosofía, la historia y la literatura. *Rev de Enferm Dig.* 2002;39:35-39.
3. Weber M, Schmiedel S, Nauck F, Alt-Epping B. Knowledge and attitude of final – year medical students in Germany towards palliative care – an interinstitutional questionnaire-based study. *BMC Palliat Care.* 2011;10:19.
4. Orozco M, Tello G, Sierra R, Gallegos R, Xequé AS et. al. Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado. *Enferm Univ.* 2013;10(1):8-13.
5. Fernández AR. Feeling nurse after the passing of a loved one. *Invest y Educ en Enferm.* 2010;28(2):267-74
6. Vargas D. Death and dying: feelings and behaviors of nursing students. *Acta Pauls Enferm.* 2010;23(3):404-10.
7. Carmona Z. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública.* 2008;2(2):14-23.
8. Pascual M. Ansiedad del personal de Enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enferm Intens.* 2011;22(3):96-103.
9. Breitbart, W. Acceptance of death as a goal of psychosocial palliative care. *Med Pal.* 2010;17(1):4.
10. Limonero JT. El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Rev Psicol.* 1996;49:249-65.
11. Limonero JT. Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte [tesis doctoral]. Bellaterra: Universidad Autònoma de Barcelona, 1994.
12. Bayés R. Afrontando la vida, esperando la muerte. Madrid: Alianza Editorial, 2006.

13. Bayés R, Limonero JT, Buendía B, Burón E, Enríquez N. Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Med Pal*. 1999;6(4):140-3.
14. Azulay A. Principios bioéticos: ¿Se aplican en situaciones de enfermedad terminal? *An Med Intern*. 2001;18:650-4.
15. Bayés R. Los objetivos prioritarios de la medicina del siglo XXI. 2000;65:2458-9.
16. Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arrans P. ¿Que puedo ayudarnos a morir en paz? *Rev Med Clin*. 2000;115:579-82.
17. Maza M, Zavala M, Merino J. Actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes. *Cien y Enf*. 2008;15(1):39-48.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Rev Salud, Trabajo y Ambiente*. 2003;10(36).
19. Brito PR, Reverón D. La enfermería ante la muerte. *Metas de Enferm*. 2006;9:29-32.
20. Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ed. Grijalbo; 1989.
21. Aguilar MG, Del Carmen P, Ortega LR. Muerte y subjetividad: reflexiones a propósito de la formación de los profesionales en salud. *Rev CES Psic*. 2010;3(1):83-98.
22. Miaja M, Moral J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-ross mediante las redes semánticas naturales. *Journal Article*. 2013;10(1)109-30.
23. Uribe-Rodríguez L, Valderrama DM, Duran C, Galeano A. Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colombiana de Psicología*. 2008;11:119-26.
24. León FJ, Jiménez M, HernándezR, Gestoso C, Infante JM, Gutiérrez MC, et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuad Med Forense*. 2002;30:39-50.
25. Amaro MC. Consideraciones histórico-culturales y éticas acerca de la muerte en el ser humano. *Rev Cub Salud Public*. 2005;31(2).

26. Aries P. El hombre ante la muerte. Madrid: Ed. Taurus;1987.
27. Aries P. Western attitudes toward death. Baltimore: The Johns Hopkins University Press;1974.
28. Henderson VA. El concepto de enfermería. Rol de Enferm. 1979;13:39-52.
29. Railer A, Marriner AM. Modelos y teorias en enfermería. Barcelona: 7a ed Elsevier; 2011.
30. Bifulco VA, Lochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. Rev Bras Educ Med. 2009;33(1):92-100.
31. Martínez MY, Flores MC, Córdoba MÁ, et al. Evaluación del conocimiento sobre cuidados tanatológicos y su aplicación por el personal de enfermería de un Centro Médico Nacional. Rev CONAMED. 2010;15(1):4-14
32. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. Open Nurs J. 2013;7:4-21.
33. Edo-Gual M, Tomás-Sabado J, Aradilla-Herrero A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. Enferm Clin. 2011;21:129-35.
34. Cobo AI, Carbonell R, Rodríguez C, Vivo I, Castellanos RM, Sánchez A. Estrés y ansiedad de los estudiantes de enfermería en sus primeras prácticas clínicas. Ansiedad y estrés. 2012;18(23):91-101.
35. Carvalho LS, Oliveira MA, Portela SC, et al. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de Enfermagem. Rev Enferm. 2006;14:551-57.
36. Loftus LA. Students nurse's lived experience of the sudden death of their parents. J Adv Nurs. 1998;27:641-8.
37. Colell R, Limonero JM, Otero MD. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. Investig en Salud. 2003;(2).
38. Morillo-Martín M, Galán González-Serna J, Arroyo Rodríguez A, Romero Serrano R. Factores sociodemográficos que influyen sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería. Medi Pal. 2016;23(3):113-21.

39. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Bardallo-Porras D, Monforte-Royo C. The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *J Clin Nurs*. 2014;23(23-24):3501-12.
40. Pogrányivá H, López G, Serrano C, Davila Sánchez L. Martín B et. al. Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte *Nursing Students' Reflections on the Death Process*. *Enferm Global*. 2014;33(1):133-56.
41. Busquets X, Pujol T. Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Rev Med Pal*. 2001;8:116-9.
42. Parry M. Students nurses' experience of their first death in clinical practice. *Int J Palliat Nurs*. 2011;19(9):446-51.
43. Tomás-Sábado J, Limonero JT. Comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería de Egipto y España. *Enferm Clin*. 2004;14(6):328-33.
44. BOE 174, ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Ministerio de ciencia e innovación, 19 julio 2008.
45. Siedel MA. Death education: a continuous process for nurses. *Topics for clinical nurses*. *OLT*. 1981:87-97.
46. European Association for Palliative Care [internet]. Guide for the Development of Palliative Nurse Education in Europe [actualitzada 2017; consultat 15 abril 2017]. Disponible a: <http://www.eapcnet.org/projects/nursingeducation.asp6>
47. Valles P, García I. Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. *Med Pal*. 2013;20(3):111-14.
48. Tomás J, Aradilla A. Educación sobre la muerte en estudiantes de enfermería: eficacia de la metodología experiencial. *Enferm Cient*. 2001;234:65-72.
49. Universitat de Girona [Internet]. Girona [actualitzada 2017; citada 17 juliol 2017]. Disponible a: https://www.udg.edu/ca/?_ga=2.154439358.740950601.1500374627-634407705.1500374627

50. Black K. Health care professionals' death attitudes, experiences, and advance directive communication behavior. *Death Stud.* 2007;31:563–72
51. Benbunan B, Cruz F, Roa J, Villaverde C, Benbunan B. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *Inter Journ Clin and Health Psysc.* 2007;7(1):197-205.
52. Glosario Promoción de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Ministerio de sanidad y consumo;1998.
53. Bugen L.A. Coping: Effects of death education. *Omega.* 1981;11:175-83
54. Schmidt J. Validación de la versión española de la escala Bugen de afrontamiento de la muerte y del perfil revisado de actitudes hacia la muerte. Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Granada; 2007.
55. Robbins R.A. Death competency: A study of hospice volunteers. *Death Studies.* 1992;16(2):557-67.
56. Colell R. Análisis de las actitudes antes la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma; 2005.
57. Collet L, Lester D. The fear of death and the fear of dying. *The Journ Psysc.* 1969;72:179-81.
58. Niemeyer RA. Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós Iberica; 1997.
59. Espinoza M, Sanhueza O, Barriga O. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2011 [acces 1 març 2016] 19(5). Disponible a: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_15.pdf
60. Schmidt-RioValle J, Montoya-Juárez R, Campos-Calderón C, García-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Med Pal.* 2012;19:113-20.
61. Benbunan-Bentata B, Alfaya Góngora MM, Chocrom S, Cruz Quintana F, Villaverde Gutiérrez C, Roa Venegas JM. El impacto emotivo del hospital,

Implicaciones en la formación universitaria de los estudiantes de Enfermería. Rev ROL Enferm. 2007;28:675-82.

62. Claxton-Oldfield S, Crain M, Claxton-Oldfield J. Death anxiety and death competency: the impact of a palliative care volunteer training program. Am J Hosp Palliat Care. 2007;23:464-8.

63. Brysiewicz P, McInerney PA. A pilot study of competency amongst health workers in the Uthukela District in Kwazulu-Natal. Curationis. 2004;27:43-8.

64. Martí-García C et al. Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. Med Paliat. 2016;23(2):72-8.

65. Borrell M. Acompañar en la muerte. Competencias de afrontamiento y autoeficacia. Rev Rol de Enfer. 2010;33(11):742-54.

66. Gerow L, Conejo P, Alonzo A, Davis N, Rodgers S, Domian EW. Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. J Nurs Scholarsh. 2010;42(2):122-9.

67. Rojas P, Armero D, Campos M, Muñoz G, et al. Actitud de los jóvenes universitarios de las ciencias de la salud ante el dolor y el sufrimiento en el proceso de muerte. Enferm cient. 2004;264-65:61-8.

68. Tomás-Sabado J, Gómez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. Rev Psicol Gen Apl. 2003;56(3):257-9.

69. Tomás J, Guix E. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. Enferm Clin. 2001;11(03):104-9.

70. Boceta J, Galán JM, Gamboa FM, Muniain MA. Factores sociodemográficos que influyen en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de. Educ Med. 2016; 18(3):179-87.

ANNEXOS

Annex 1: Qüestionari

QÜESTIONARI

PERCEPCIONS I ACTITUDS DELS ESTUDIANTS D'INFERMERIA ENFRONT LA MORT

ABANS DE COMENÇAR A RESPONDRE

El present estudi té com objectiu conèixer les percepcions i actituds que tenen els estudiants del Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona enfront la mort i l'acompanyament al dol.

Correspon al treball de camp del Treball de Fi de Màster Universitari en Promoció de la Salut de la Sra. Júlia Figueras Cufí, cursat a la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Les respostes obtingues poden facilitar una millor preparació emocional i assistencial en relació aquest tema, és per això, que es demana la màxima participació i sinceritat en els resultats.

Una vegada finalitzat el projecte es facilitaran els resultats, per tal que aquells estudiants que ho desitgin els puguin consultar.

Es tracta d'un qüestionari de caràcter voluntari i anònim, en el qual es mantindrà l'anonimat i confidencialitat de les dades en tot moment, per aquest motiu es demana l'acceptació dels següents aspectes:

Considero que he estat informat del propòsit de l'estudi

☐ Sí ☐ No

Entenc que sóc lliure de retirar el meu consentiment i suspendre la meva participació en l'estudi sense ser penalitzat

☐ Sí ☐ No

Comprenc que la meva participació és confidencial, que la meva identitat és totalment anònima, però que les respostes donades poden ser revelades al públic a través dels resultats de l'estudi

☐ Sí ☐ No

Verifico la certesa de les meves respostes

☐ Sí ☐ No

Dono el meu consentiment informat de forma voluntària per manifestar el meu desig de participar en aquest estudi d'investigació

☐ Sí ☐ No

Al llarg de tot el qüestionari fes una creu a la resposta que millor representa la teva opció

DADES SOCIO-DEMOGRÀFIQUES

1. Sexe:

☐ Home ☐ Dona

2. Edat:

..... anys

3. Curs matriculat:

☐ 1r curs

☐ 2n curs

☐ 3r curs

☐ 4rt curs

EXPERIÈNCIA PERSONAL ENFRONT LA MORT

4. Has tingut experiències personals recents enfront la mort?

☐ Sí ☐ No

5. Si has contestat Sí a l'anterior, quin parentiu tenies amb la persona?

☐ Pare

☐ Mare

☐ Avi

☐ Àvia

☐ Germà

☐ Germana

☐ Oncle

☐ Tia

Altres

6. Has presenciado personalment la mort d'alguna familiar?

☐ Sí ☐ No

7. Aquesta mort t'ha fet canviar la percepció que tenies sobre el procés de morir i de dol?

☐ Sí ☐ No

EXPERIÈNCIA PROFESSIONAL ENFRONT LA MORT A LES PRÀCTIQUES

8. Has viscut alguna mort durant algun període de pràctiques?

☐ Sí ☐ No

9. Aquesta mort et va impactar a nivell personal?

☐ Sí ☐ No

10. Consideres que des de la teva posició d'estudiant vas fer un bon acompanyament de la mort a la persona i als seus familiars?

☐ Sí ☐ No

Escala de Bugen de afrontamiento a la muerte (1980-1981)

Valora del 1 a 7 tu nivel de Desacuerdo- Acuerdo de las siguientes afirmaciones, siendo 1 totalmente desacuerdo, 4 valor neutral i 7 totalmente acuerdo:							
1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	Neutral				Totalmente de acuerdo		
1. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
3. La muerte es un área que se puede tratar sin peligro.	1	2	3	4	5	6	7
4. Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias.	1	2	3	4	5	6	7
5. Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos.	1	2	3	4	5	6	7
6. Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan el duelo humano.	1	2	3	4	5	6	7
7. Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
8. Me siento preparado para afrontar mi muerte.	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
10. Entiendo mis miedos relacionados con la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
11. Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral.	1	2	3	4	5	6	7
12. Ultimamente creo que está bien pensar en la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente.	1	2	3	4	5	6	7
14. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
15. Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
16. Estoy intentando sacar el máximo partido de mi vida actual.	1	2	3	4	5	6	7
17. Me importa más la calidad de vida que su duración.	1	2	3	4	5	6	7
18. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos	1	2	3	4	5	6	7
19. Sé con quién contactar cuando se produce una muerte.	1	2	3	4	5	6	7
20. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras.	1	2	3	4	5	6	7
21. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí.	1	2	3	4	5	6	7
22. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales.	1	2	3	4	5	6	7
23. Sé cómo hablar con los niños de la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
24. Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo.	1	2	3	4	5	6	7
25. Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito.	1	2	3	4	5	6	7
26. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
27. Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre la muerte.	1	2	3	4	5	6	7
28. Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir.	1	2	3	4	5	6	7
29. Me puedo comunicar con los moribundos.	1	2	3	4	5	6	7
30. Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero.	1	2	3	4	5	6	7

Escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospices de Robbins (2005)

¿Hasta qué punto te sientes incapaz - capaz de realizar las siguientes acciones?							
1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente incapaz		Moderadamente capaz			Completamente capaz		
1.	Afrontar la muerte de una persona anciana.						1 2 3 4 5 6 7
2.	Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo.						1 2 3 4 5 6 7
3.	Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo.						1 2 3 4 5 6 7
4.	Afrontar la muerte de un enfermo de SIDA.						1 2 3 4 5 6 7
5.	Tocar un cadáver.						1 2 3 4 5 6 7
6.	Afrontar la muerte de un enfermo de cáncer.						1 2 3 4 5 6 7
7.	Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo.						1 2 3 4 5 6 7
8.	Comunicarte con un paciente moribundo.						1 2 3 4 5 6 7
9.	Visitar un amigo moribundo.						1 2 3 4 5 6 7
10.	Dar el pésame a una familia de un paciente.						1 2 3 4 5 6 7
11.	Afrontar la muerte de un amigo de tu edad.						1 2 3 4 5 6 7
12.	Acompañar a una persona en el momento de su muerte.						1 2 3 4 5 6 7
13.	Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables.						1 2 3 4 5 6 7
14.	Permitir a un paciente moribundo que se comunique plenamente.						1 2 3 4 5 6 7
15.	Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente.						1 2 3 4 5 6 7
16.	Cuidar del paciente para que la familia tenga un respiro.						1 2 3 4 5 6 7
17.	Entender el duelo y el dolor de la pérdida.						1 2 3 4 5 6 7

Escala de miedo a la muerte de Collet –Lester (2011)

¿Hasta qué punto le inquieta o preocupa los aspectos de la muerte y el proceso de morir que a continuación se anuncian? Valora de 1 a 5 su nivel de preocupación:					
1	2	3	4	5	
No me preocupa nada		Regular		Me preocupa muchísimo	
Respecto a su propia muerte					
1. El morir solo	1	2	3	4	5
2. La vida breve	1	2	3	4	5
3. Todas las cosas que perderás al morir	1	2	3	4	5
4. Morir joven	1	2	3	4	5
5. Cómo será el estar muerto/a	1	2	3	4	5
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más	1	2	3	4	5
7. La desintegración del cuerpo después de morir	1	2	3	4	5
Respecto a su propio proceso a morir					
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	1	2	3	4	5
2. El dolor que comporta el proceso de morir	1	2	3	4	5
3. La degeneración mental del envejecimiento	1	2	3	4	5
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir	1	2	3	4	5
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	1	2	3	4	5
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	1	2	3	4	5
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	1	2	3	4	5
Respecto a la muerte de los otros					
1. La pérdida de una persona querida	1	2	3	4	5
2. Tener que ver su cadáver	1	2	3	4	5
3. No poder comunicarte nunca más con ella	1	2	3	4	5
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	1	2	3	4	5
5. Envejecer solo/a, sin la persona querida	1	2	3	4	5
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	1	2	3	4	5
7. Sentirse solo/a sin ella	1	2	3	4	5
Respecto al proceso de morir de los otros					
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	1	2	3	4	5
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	1	2	3	4	5
3. Ver cómo sufre dolor	1	2	3	4	5
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	1	2	3	4	5
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	1	2	3	4	5
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	1	2	3	4	5
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	1	2	3	4	5

PREGUNTES OBERTES

Què canviaries de la teva formació sobre la mort i l'acompanyament al dol de les classes impartides i dels seminaris realitzats durant aquests cursos?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Creus que al finalitzar el 4rt curs del Grau en Infermeria sortiràs ben preparat per realitzar individualment un bon acompanyament a la mort digna?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Altres propostes:

.....

.....

.....

Annex 2: Autorització de l'estudi



Carme Bertran Noguera, degana de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Autoritza a la Sra. Júlia Figueras Cufí a portar a terme el treball de camp amb els estudiants dels quatre cursos del Grau en Infermeria de la Facultat d'Infermeria de la UdG, corresponent al Treball de Fi del Màster Universitari en Promoció de la Salut titulat *Percepció i actituds dels estudiants d'Infermeria enfront la mort*.

Signat,

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'C' and 'B'.



Carme Bertran Noguera

Girona, 10 de febrer de 2017

Annex 3: Respostes a les preguntes obertes

Què canviaries de la teva formació sobre la mort i l'acompanyament al dol de les classes impartides i dels seminaris realitzats durant aquests cursos?

FALTA DE FORMACIÓ:

- (1r) Al **1r curs d'infermeria no hem rebut classes** sobre la mort o el dol, al anar de pràctiques a un **geriàtric** hauria estat molt recomanable que s'hagués impartit.
- (1r) Durant el primer curs d'infermeria es toca el tema de **persona sana** per tant **no hem tocat gaire el tema de la mort** i el dol, cal comentar que penso que ens haurien de preparar més de cares al pràcticum que realitzarem a un geriàtric, ja que pot ser possible que veiem la mort.
- (1r) Canviaria la formació de 1r perquè cal que ens formin davant les situacions de la mort!
- (1r) A primer **no hem tractat el tema de la mort**.
- (1r) A punt d'acabar a primer, no em veig capacitada per fer front a la mort d'un pacient, espero rebre més formació en els propers cursos.
- (1r) A primer només ens han comentat per sobre les etapes del dol, ja que durant primer només fem **persona sana**.
- (1r) No entenc perquè a primer no ens han fet formació sobre la mort, ja que anem a un **geriàtric** a fer les pràctiques i hi ha probabilitat elevada de viure una mort.
- (1r) Caldria centrar el temari de 1r en l'atenció d'infermeria en el procés de dol i de la mort.
- (2n) És un tema important, caldrien més classes sobre la mort.
- (2n) De moment penso que no hem realitzat gaires activitats sobre la mort.
- (2n) Crec que encara no he après com m'haig de comentar amb una **família** o pacient en procés de dol.
- (2n) Ensenyen aspectes teòrics però no ens ensenyen com actuar.
- (2n) Falta formació, ja que ara mateix desitjo no trobar-me en aquesta situació per **no saber com respondre**.
- (2n) A vegades expliquen què NO hem de fer, però considero massa breu la formació que ens donen del que SÍ que hem de fer en aquestes situacions.
- (2n) En l'àmbit on s'aprèn més és a **les pràctiques**.

- (2n) El que ens han donat fins ara és molt bàsic, **falta més formació**.
- (2n) No et donen **estratègies** per saber ajudar a les famílies.
- (2n) No la toquem gaire, ens formen molt en cures, malalties... però quan parlem realment de la mort?
- (3r) S'ha fet tot **molt teòric** i quan arribes a les **pràctiques** no et surten ni les paraules.
- (3r) Personalment hi dedicaria més temps, ja que el bon acompanyament al dol és una **capacitat infermera** i caldria donar-hi més importància.
- (3r) Trobo a faltar l'explicació de com parlar a les **famílies** dels pacients que moren als hospitals i si cal donar "*el pésame*".
- (3r) Faltaria **formació cap a nosaltres** mateixos, els infermers, és a dir recursos personals, etc.
- (3r) Caldria més formació sobre l'acompanyament als familiars **per no sentir-nos incòmodes a les pràctiques** (sobretot si la persona morta és un **infant**).
- (3r) Es necessari dedicar més temps als aspectes relacionats amb la mort.
- (3r) He trobat a faltar que ens ensenyin a **donar males donar males notícies**.
- (3r) *Creo que la **información no es suficiente** y que nos faltan muchas cosas por saber sobre la muerte.*
- (3r) *Me gustaría haber recibido más formació sobre adquirir habilidades, herramientas para acompañar a la familia...*
- (3r) Falta més informació sobre el **protocol d'exitus**.
- (4rt) Caldria parlar més sobre aquest tema i sobre tècniques d'afrontament.
- (4rt) No ens preparen adequadament per fer **les cures post-mortem**, hi ha gent que no n'ha vist a les pràctiques i no ho sabran fer al món laboral.
- (4rt) Personalment crec que he après més amb les **pràctiques** que no amb les classes impartides.
- (4rt) M'agradaria que es parlés més de les **cures pal·liatives** i del procés d'últims dies.
- (4rt) Falta formació en el **post-mortem**, no amb el dol.
- (4rt) Fins que no fas pràctiques a una unitat de pal·liatius **no ets conscient** del tema de la mort, a mi aquell pràcticum em va ajudar molt a tractar el procés de dol, el recomanaria a tothom.

BONA FORMACIÓ

- (2n) Considero que ens han proporcionat **molta informació necessària** i important per tal de poder afrontar l'acompanyament al dol i a la mort, però serà a l'hora de la pràctica que ho podrem demostrar.
- (2n) No canviaria res, em sembla que **la formació és correcta**.
- (2n) Res, de moment m'ha agradat moltíssim.
- (3r) Crec que l'abordatge que es dona des **d'ètica i psicologia** és suficient.
- (4rt) Penso que ens han format prou bé.
- (4rt) En general ha estat bastant completa.

CANVIS PROPOSATS

- (2n) Faria que les classes i seminaris es realitzessin d'una manera més **sentimental** per tal d'empatitzar més.
- (2n) Caldria més formació i més específica, ja que es tracta poc i molt per sobre.
- (2n) Calen més **casos pràctics**.
- (2n) Ens haurien de preparar més en saber gestionar **els nostres sentiments** enfront la mort dels nostres pacients.
- (2n) Jo afegiria més **sessions en grup** i practicar com gestionar aquestes situacions.
- (2n) Cal valorar el procés donant-li un enfoc més des del punt **emocional**.
- (2n) Realitzaria més seminaris de conscienciació d'emocions i com fer un bon maneig d'aquestes.
- (2n) Classes més pràctiques amb més casos per practicar i més **dinamització**.
- (2n) Menys debats ètics i més **casos pràctics**.
- (2n) Jo milloraria **el vocabulari** a utilitzar en aquestes situacions, saber que s'ha d'evitar dir, etc.
- (2n) Caldria saber gestionar millor el fet de veure com un pacient es va morint.
- (2n) Potser dedicaria més classes a parlar sobre la mort, amb més exemples **d'experiències que hagin viscut els professors o alumnes** i que expliquessin com ho han afrontat ells.

- (2n) Centrar-nos més en **casos pràctics**.
- (2n) Crec que s'hauria d'aprofundir més i ens haurien de donar més **recursos psicològics enlloc de lleis**, ja que ens serà més útil a la pràctica.
- (2n) Ens han d'ensenyar aspectes més pràctics o experiències de persones i **no seguir tant els models**, ja que cadascú veu la mort d'una manera diferent als altres.
- (2n) Afegiria alguna classe amb algun testimoni que hagi patit una pèrdua i expliqui procés de dol
- (2n) **Més casos pràctics**, ja que tot resulta massa abstracte a les classes.
- (2n) Més pràctica per aplicar la teoria.
- (2n) Caldria explicar la mort amb més **naturalitat**.
- (2n) Crec que s'hauria de parlar més sobre la mort i no tractar-ho com un tema **tabú**.
- (2n) El tema de la mort s'hauria de poder parlar en **totes les assignatures**.
- (2n) Utilitzar **role-playing** per explicar conceptes relacionats amb la mort.
- (2n) M'agradaria que ho enfoquessin de manera que es pugui saber que espera cada **cultura** sobre la mort i l'acompanyament al dol.
- (2n) Fer els seminaris relacionats amb la mort més **pràctics i dinàmics**, eren massa teòrics.
- (2n) Fer més debats sobre les **experiències i opinions** dels estudiants o professors.
- (3r) Explicar el dol des de totes les perspectives, sobretot **amb els nens**, ja que això no es tracta.
- (3r) Falten recursos per saber com **comunicar-me amb els nens** i com explicar bé el procés de la mort.
- (3r) Fer més seminaris pràctics.
- (3r) Fer **role-playing** amb personal especialitzat i que ens diguin en què hem de millorar o què em hem fet bé, etc.
- (3r) S'ha de parlar més sobre la mort, ja que sinó acabarà sent un tema tabú.
- (3r) Fer xerrades sobre la mort a la **Setmana de la Salut**.
- (3r) S'hauria d'incloure experiències i reflexionar més sobre el tema.
- (3r) Només canviaria la formació que es dona respecte a cada **cultura**, crec que és un tema important en l'actualitat.
- (3r) Caldrien més **simulacions entre estudiants** per sortir més preparats a la pràctica.
- (3r) Fer casos **reals**.

- (3r) Fer-ho més vivencial, **no tan teòric**.
- (3r) Trobo a faltar que **ens preparin davant frases** com: “oi que m'estic morint?”, “em vull morir ja, no vull patir....”
- (3r) Incloure **ioga** o algun mecanisme de relaxació relacionat en afrontar la mort.
- (3r) Es podrien mirar **més pel·lícules**.
- (3r) Caldrien seminaris on parlar **obertament de la mort** a nivell professional però també a nivell personal.
- (3r) Utilitzar recursos més **pràctics** i no tan teòrics.
- (3r) Realitzar tallers de reflexió i més lectures.
- (3r) Centrar-nos més amb **les emocions** i no tan amb les fases del dol.
- (3r) Casos reals o ficticis de **com els professionals gestionen la mort** dels altres, i d'aquesta manera veure les diferents conductes possibles.
- (3r) Informació sobre **recomanacions pràctiques (funerals, tanatori, etc.)**, ja que són coses que et poden demanar els familiars.
- (4rt) Cal una pràctica enfocada a la realitat en comptes de teories sense aplicabilitat.
- (4rt) Afegir **role playing** i més experiències.
- (4rt) Estaria bé aplicar i ensenyar formes de **recolzament als familiars** del difunt, des d'un punt de vista més familiar.
- (4rt) Ens haurien de donar més pautes sobre l'actuació infermera i sobre els **tràmits necessaris** un cop es produeix la mort del pacient.
- (4rt) Seminaris on compartir **experiències i opinions** dels estudiants.
- (4rt) Seminaris pràctics.
- (4rt) Seminaris per saber gestionar les emocions.
- (4rt) Estratègies per saber acompanyar als familiars de pacients pal·liatius i **tècniques de comunicació**.
- (4rt) Caldria parlar més sobre la mort i el seu acompanyament.

Creus que al finalitzar el 4rt curs del Grau en Infermeria sortiràs ben preparat per realitzar individualment un bon acompanyament a la mort digna?

FALTA DE PREPARACIÓ:

- (1r) Crec que fins que no t'hi trobés no saps com actuar, per moltes classes teòriques que et facin.
- (1r) No crec que surti ben preparada, sobre aquest tema s'aprèn amb l'experiència pròpia i també a mesura que passa el temps.
- (1r) Des del meu punt de vista, **crec que no sortiré ben preparada** perquè costa molt tenir una bona formació en aquest tema.
- (2n) No sortiré ben preparada.
- (2n) No, és un procés difícil i no estem suficient ensenyats per saber com actuar.
- (2n) No, és un tema que per molta teoria que et donin costa sortir ben preparat.
- (2n) No, **mai s'està preparat del tot en aquests moments.**
- (2n) No, de fet **tinc pensat fer un màster o postgrau** relacionat amb aquest tema.
- (2n) Em faltaria més formació per saber com donar suport a una persona que està passant per un dol.
- (2n) Tindrem **algunes eines per utilitzar**, però no sortirem ben preparats.
- (2n) No, crec que quelcom tan xocant sigui possible d'explicar bé amb les classes impartides.
- (3r) No, de moment no sabia com reaccionar.
- (3r) No, ja que de moment **no sé separar les meves emocions personals** de la resta.
- (3r) No, ja que ho hem fet tot molt teòric i la pràctica és molt diferent...
- (3r) No, ens faltaria molta més experiència.
- (3r) No, per això mai s'està preparat.
- (3r) No, penso que necessito més **recursos psicològics.**
- (4rt) No, individualment no surto preparat, reconec que **necessitaré algun referent que m'ajudi** en aquestes situacions.
- (4rt) No, ja que les cures i l'atenció que hem de donar als familiars **no són suficients.**
- (4rt) Evidentment que no... Només he viscut una mort en les meves

pràctiques.

- (4rt) Des de la posició que tinc ara com a estudiant, no crec que pugui fer un bon acompanyament, amb el temps espero que sí.
- (4rt) No, no em sento prou preparada.
- (4rt) No, perquè és un procés **que fins que no el vius** no pots saber si estàs realment preparat, jo ara mateix no ho estic i tinc por.
- (4rt) Crec que no sortim prou preparats ja que si durant les pràctiques no et trobes en cap situació de mort no saps prou bé com es gestiona.
- (4rt) No, crec que també té molta relació en com es viu la mort a casa.
- (4rt) A nivell acadèmic no, però els que hem passat pel servei de **pal·liatius probablement sí**.
- (4rt) Crec que mai s'està preparat, i menys a 4rt d'infermeria ja que has estat **acompanyat de la infermera titular** i mai et trobes sol en aquesta situació.
- (4rt) No em veig preparada per **començar a treballar** i trobar-me amb aquestes situacions.
- (4rt) Em costarà molt arribar a casa i aparcar la mort viscuda a la feina, **evitar que t'afecti a la vida quotidiana...**

BONA PREPARACIÓ:

- (1r) Espero que s'imparteixin classes relacionades amb aquest tema al futur, així que crec que **sortiré ben preparat**.
- (1r) Sincerament crec que sí que sortiré ben preparada al finalitzar el quart curs del grau en Infermeria.
- (1r) Espero que sí, tot i que en aquestes situacions mai acabes d'estar del tot preparat.
- (1r) Reconec que el tema de la mort sempre m'ha fet molta por, però crec que sí que estaré preparada per poder afrontar aquest tipus de situacions.
- (1r) Crec que gràcies als pràcticums sortiré ben preparada per realitzar un acompanyament a la mort digna.
- (2n) **Sortim ben preparats** en el procés d'acompanyament i en escoltar a les famílies, però no en la manera d'actuar.
- (2n) Crec que sí, però depèn molt de cada persona i de les aptituds que es tinguin.
- (2n) Crec que sí, ja que a psicologia hem tractat en profunditat el tema.

- (2n) Jo crec que sí, tot i que depèn molt de cada persona.
- (2n) Sí, les pràctiques ajuden a sortir ben preparats.
- (2n) Crec que sí, **gràcies a totes les pràctiques** i haurem hagut de passar per aquestes situacions.
- (2n) Crec que sortiré ben preparat ja que he après moltes coses a les classes.
- (3r) **Crec que ens preparen molt bé**, tan a la Universitat com a pràctiques.
- (3r) Sortiré ben preparada perquè he fet pràctiques a la unitat de pal·liatiu.
- (3r) Sí, perquè he viscut processos de dol a nivell familiar.
- (3r) Sí, però **depèn molt de la maduresa** de cadascú.
- (3r) Diria que sí, però fins que no m'hi trobi no ho sabré.
- (4rt) Sí, sortiré preparada.
- (4rt) Sí, gràcies a les **pràctiques**.
- (4rt) Sí, perquè l'he pogut gestionar a **nivell personal** amb la família.

EXPERIÈNCIA

- (2n) No depèn de la matèria impartida a la universitat, sinó de **l'experiència i de tenir aptituds personals**.
- (2n) Sí, tot i que crec que serà en base a **l'experiència**.
- (2n) L'acompanyament a la mort el perfeccionarem a través de l'experiència
- (2n) No, però ho aconseguiré quan treballi i amb l'experiència.
- (2n) No, ho aprendré quan **treballi**.
- (2n) Caldrà l'experiència per sortir ben preparat.
- (2n) No sortiré ben preparada, les habilitats les adquiriré amb **l'experiència professional**.
- (2n) No, això s'adquireix a través de l'experiència.
- (2n) No, per molta teoria, fins que no ho vius amb l'experiència no saps si estàs ben preparat o no.
- (2n) Crec que m'he de trobar amb moltes experiències relacionades amb la mort per poder estar preparada, i tot i així, segur que se'm farà difícil.
- (2n) No, crec que **necessitaré anys d'experiència**.
- (2n) Només amb les classes no en sabia, serà gràcies a les pràctiques i experiència que n'aprendré.
- (3r) Penso que sí, però ha sigut gràcies a les **experiències viscudes** durant

les pràctiques.

- (3r) Serà gràcies a l'experiència que es sortirà ben preparat.
- (3r) Tindré les eines, ho això espero, però em faltarà experiència.
- (3r) No! Si surto preparada serà gràcies a les **experiències personals i professionals viscudes.**
- (3r) No, crec que s'aprèn amb la pràctica i al tractar-se d'una situació tan delicada, la **teoria ens servirà de poc.**
- (4rt) Em falta experiència per estar totalment preparat.
- (4rt) Això no s'aprèn a les magistrals o exàmens, **s'aprèn amb l'experiència.**
- (4rt) Per molt que t'expliquin conceptes, el bon acompanyament l'aprens amb l'experiència.
- (4rt) El que et prepara per un bon acompanyament a la mort és **l'experiència i l'empatia de la persona.**